

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FILOSOFIA**

Rodolfo Denk Neto

***PRIMUM NON NOCERE:*  
UMA DISCUSSÃO SOBRE O PRINCÍPIO DA  
NÃO-MALEFICÊNCIA NO PRINCIPIALISMO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Filosofia, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, como requisito parcial para a obtenção de grau de mestre em Filosofia, sob orientação do Prof. Dr. Darlei Dall’Agnol

Florianópolis  
2014



Rodolfo Denk Neto

***PRIMUM NON NOCERE:***  
**UMA DISCUSSÃO SOBRE O PRINCÍPIO DA**  
**NÃO-MALEFICÊNCIA NO PRINCIPALISMO**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de mestre em Filosofia, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Filosofia.

Florianópolis, 14 de Março de 2014

---

Prof. Dr. Alexandre Meyer Luz  
Coordenador do Curso

**Banca examinadora:**

---

Prof. Dr. Darlei Dall’Agnol  
Orientador – UFSC

---

Profa. Dra. Milene Consenso Tonetto  
Membro – UFSC

---

Prof. Dr. Giovanni Mendonça Lunardi  
Membro – UFSC

---

Profa. Dra. Cinara Maria Leite Nahra  
Membro – UFRN



Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

DENK NETO, Rodolfo

Primum non nocere : uma discussão sobre o princípio da não-maleficência no principialismo / Rodolfo DENK NETO ; orientador, Darlei Dall'Agnol - Florianópolis, SC, 2014. 216 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Filosofia.

Inclui referências

1. Filosofia. 2. Bioética. 3. Principialismo. 4. Não-Maleficência. 5. Beneficência. I. Dall'Agnol, Darlei. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Filosofia. III. Título.



## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Darlei Dall’Agnol, pela sempre solícita disponibilidade e pelas valiosas sugestões (teóricas e bibliográficas), as quais muito contribuíram para que este trabalho tomasse rumos mais claros e seguros. Também pela sua ajuda e pelas horas que disponibilizou toda vez que pedi para tirar alguma dúvida que surgia, prontamente prestando esclarecimentos. A sua generosidade denota um professor acessível, simples e tranquilo. Pessoa honesta em suas argumentações, invariavelmente deixando o aluno à vontade em todas as conversas.

Não poderia deixar de agradecer também a todos os brasileiros que financiaram a pesquisa com seus impostos via CAPES, de onde recebi a bolsa, sem a qual certamente não teria o privilégio de aprofundar meus estudos. À bolsa REUNI, que me financiou por um semestre e possibilitou a experiência de travar contato com graduandos do Curso de Filosofia, através de um grupo de estudo. Sendo bolsista REUNI tive a oportunidade de vivenciar uma fase incrível e extremamente enriquecedora. Agradeço ao professor Dr. Denílson L. Werle, professor que me permitiu ser seu bolsista na disciplina de Filosofia Política I. Dar alguma contrapartida ao receber a bolsa deveria se tornar uma prática comum, pois de alguma forma se pode ajudar na construção de uma instituição de educação mais forte, solidária e justa. Agradeço todos técnicos e funcionários do departamento de pós-graduação em Filosofia, bem como à Ângela Gasparini pelos avisos administrativos.

A todos os professores da pós-graduação de Filosofia da UFSC, que em todas as aulas muito me ajudaram a amadurecer e repensar meus pontos de vista, mostrando novos meios de ponderar e abordar alguns problemas filosóficos. Um agradecimento especial à Profa. Dra. Milene Consenso Tonetto e ao prof. Dr. Giovanni Mendonça Lunardi, pelas sugestões e correções que tornaram essa discussão mais objetiva e clara. Agradeço também à Profa. Dra. Cinara Maria Leite Nahra – UFRN, membro da banca de defesa, pelas suas sugestões, correções e pelas críticas construtivas. Obrigado a todos os participantes da banca.

Aos colegas de turma: Wesley F. de Oliveira, Leandro Rocha, pela paciência e apoio, e pelas boas conversas e trocas de ideias. Ao amigo e conterrâneo Joel Forteski pela aprendizagem rawlsiana e discussões que ultrapassavam a filosofia, e aos parceiros de grupo de estudo Raquel Cipriani e Jorge Sell. Marcus Vinicio pelo mútuo incentivo e boas conversas. Também registrar minhas dívidas para com María Pilar Serbent, pela atenção, paciência e incentivo. Amar é tentar.

Por último, mas não menos importante, aos meus pais: Euclides e Clarice, os quais sempre me ajudaram de maneira amorosa e paciente.





A vida é curta, a arte é longa, a ocasião fugidia,  
a experiência enganosa, o julgamento difícil.

*Hipócrates – Aforismo, I*

A vida que desperta para o pensar e o questionar pensa e  
questiona além de todos os limites. Conhecer a angústia  
e não poder compreender a morte – esse é o grito de  
nascimento do ser humano que nunca silencia.

*Hans Georg Gadamer*



## RESUMO

O objetivo dessa dissertação é analisar qual a importância que o princípio da não-maleficência desempenha na teoria conhecida como principialismo, que foi desenvolvida por Beauchamp e Childress. O foco da dissertação se restringe a análise da não-maleficência e beneficência dentro da bioética principialista. Assim, quer se verificar a defesa da independência desse princípio além de uma possível prioridade desse princípio frente aos outros. Essa hipótese nasce justamente pela própria formulação e de como este princípio é enunciado: *Primum non nocere*. Para tentar defender isso, foca-se em duas alternativas: a) ou o princípio da não-maleficência teria uma prioridade lógica ou b) o princípio da não-maleficência possuiria uma prioridade cronológica. Por sua formulação apresentar certa premência perante os outros princípios, pelo uso do *primum*, é necessário investigar como isso seria possível. Inicia-se essa pesquisa, fazendo uma remontagem histórica. Parte-se da perspectiva do Relatório Belmont até se chegar à teoria principialista. Com esse panorama histórico-conceitual, busca-se mostrar como esse princípio adquiriu *status* próprio. Após essa análise, passa-se a investigar como o principialismo fundamenta suas bases teóricas e como compreende os quatro princípios: respeito à autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. Aqui um conceito importante irá aparecer que é a moralidade comum. Essa ideia joga uma luz importante tanto para a própria fundamentação do principialismo e da defesa da independência desse princípio como para a ideia da prioridade do princípio da não-maleficência. Assim, procura-se verificar como a prioridade de um princípio sobre outro é possível, analisando o caso especial da iatrogenia para corroborar a hipótese de pesquisa. É por esse expediente que vai se defender que a não-maleficência possui uma prioridade frente outros princípios.

**Palavras-chave:** Bioética. Principialismo. Não-maleficência. Beneficência.



## ABSTRACT

The main goal of this Master Thesis is to analyze how much important nonmaleficence principle, one of the four principles of biomedical ethics developed by Beauchamp and Childress, has in a system of ethics called Principlism. This Thesis discuss if it has a priority of this principle in biomedical ethics in opposition to the others three. This hypothesis sprouts up from its own development and its presentation: *Primum non nocere*. To prove this hypothesis it is necessary to check two alternatives: if this principle has a logical or chronological priority. It begins with a historical rereading; checking if this principle has some urgency over the others, as well the Belmont Report is used to come to Principlism Theory. With this conceptual and historical view it tries to show how nonmaleficence principle gets some own status. It searches to realize how principlialist understands the four principles and how an important concept called Common Morality arises from this. It is possible to assert this concept aims to own Principlism basis as well to urgency idea to nonmaleficence principle. This possible urgency is verified using iatrogenic effect to justify this Thesis hypothesis. That is why this work it will defend that nonmaleficence principle has urgency over the other principles.

**Key words:** Bioethics. Principlism. Beneficence. Nonmaleficence.



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	17
1 O RELATÓRIO BELMONT .....	33
1.1 Pressupostos do Relatório Belmont.....	34
1.2 Uma mudança ética no uso dos seres humanos na pesquisa biomédica .....	42
1.3 O respeito pelas pessoas.....	47
1.4 O princípio da beneficência.....	68
1.5 O princípio da justiça .....	77
2 TEORIAS BIOÉTICAS .....	81
2.1 As teorias principialistas .....	81
2.2 Fundamentos da bioética principialista .....	93
2.3 A importância da moralidade comum no principialismo .....	112
2.4 O princípio do respeito à autonomia .....	123
2.5 Não-maleficência .....	128
2.5.1 Sobre o princípio da não-maleficência .....	128
2.5.2 O conceito de não-maleficência .....	130
2.5.3 Disputa conceitual sobre os termos “prejuízo” e “dano” .....	134
2.5.4 Distinções e regras sobre a não assistência .....	136
2.5.5 Tratamentos extraordinários e ordinários.....	140
2.5.6 Condições para a anulação da obrigação <i>prima facie</i> de tratar ..	141
2.5.7 A centralidade dos julgamentos sobre a qualidade de vida .....	142
2.5.8 Crianças com doenças ou deficiências graves.....	143
2.5.9 Matar e deixar morrer.....	144
2.5.10 Remodelando regras sobre a morte assistida.....	147
2.5.11 A justificação do fornecimento de assistência na morte.....	148
2.6 Beneficência.....	152
2.6.1 O conceito de beneficência.....	152
2.6.2 Da beneficência ideal e obrigatória .....	154
2.6.3 Distinguindo as regras de beneficência e não-maleficência .....	154
2.6.4 A beneficência geral.....	156
2.6.5 A beneficência específica: a obrigação de ajudar.....	157
2.6.6 Uma justificação das obrigações da beneficência baseada na reciprocidade .....	158
2.6.7 Paternalismo: conflitos entre beneficência e autonomia .....	158
2.6.8 A justificação do paternalismo e do antipaternalismo.....	160

2.6.9 Ponderando benefícios, custos e riscos .....	162
2.6.10 Do valor e da qualidade de vida .....	164
2.6.11 Valorizando os critérios da qualidade de vida – (QALYs) .....	165
2.7 Justiça.....	168
 3 SOBRE A INDEPENDÊNCIA E A PRIORIDADE DO PRINCÍPIO DA NÃO-MALEFICÊNCIA .....	177
3.1 A independência da não-maleficência .....	184
3.2 Iatrogenia social e médica.....	188
3.3 Uma defesa da prioridade da não-maleficência relacionado com o caso da iatrogenia.....	193
3.4 Medicina, tecnologia e vida danificada.....	200
 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	203
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	208



## INTRODUÇÃO

Esta dissertação procura discutir a teoria desenvolvida por Beauchamp e Childress em seu livro *Princípios de Ética Biomédica*, comumente conhecida como Principlismo, e verificar dois princípios específicos num total de quatro. Esses quatro princípios propostos pelos autores são: respeito à autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Os dois princípios específicos a serem investigados neste trabalho são os princípios da beneficência e o da não-maleficência.

O problema que será o objeto dessa discussão é a pressuposição da possibilidade de um tipo de prioridade de princípios. A hipótese é que o princípio da não-maleficência teria uma prioridade cronológica sobre os outros princípios. Isso parece acontecer justamente por se ter a impressão de que deve haver um princípio que se sobressairia ou se sobreporia sobre os outros. Sendo assim, se tem a ideia de que exista alguma ordem distinta que torne a hipótese dessa pesquisa viável. Isso levanta a seguinte questão: há um princípio regulador de ordem superior? Caso se confirme isso, quer se verificar então, qual seria seu *status*. Haveria um princípio regulador? Que tipo de prioridade teria, lógica ou cronológica? Pretende-se assim, investigar essa ideia analisando sua viabilidade e se faz sentido ou não fazer essa pressuposição e defendê-la. Existem na história da filosofia autores que defendem essas ideias.

Autores como Kant, Mill, Hume e Frankena crêem ser importante haver a priorização de princípios que possam fornecer uma lista bem desenvolvida de deveres para que não ocorram equívocos na aplicação da teoria. Aceitando essa ideia, procura-se verificar nesse trabalho o princípio da beneficência e o princípio da não-maleficência, por acreditar-se serem esses dois princípios os mais gerais e amplos, sendo por isso, possíveis princípios reguladores ou que possuem algum tipo de prioridade. Além de que, nas discussões éticas em geral, tradicionalmente se compreende e se dividem os princípios ou em princípios de beneficência ou de não-maleficência.

Nesse contexto, existem ainda autores que acreditam não ser necessário fazer uma hierarquia ou priorização. Como exemplo tem-se a própria teoria desenvolvida e defendida por Beauchamp e Childress, que acreditam numa lista de deveres válidos *prima facie* que forneceria as bases das escolhas éticas. Para eles, não é interessante propor uma concepção hierárquica, pois acreditam ser mais difícil deliberar tendo como base uma teoria com um único princípio normativo regulador (Kant, Mill), ou com princípios hierarquizados (no estilo de Frankena,

Engelhardt, Rawls). Segundo os dois bioeticistas, isso não conseguiria abarcar todas as matizes éticas que deveriam ser levadas em conta numa época na qual impera o pluralismo ético e muito menos para o campo da bioética. Assim, crêem que o único meio de garantir uma resolução razoável dos problemas que surgem na bioética é através de seus quatro princípios válidos *prima facie*.<sup>1</sup>

A hipótese a ser considerada nesta dissertação é a possibilidade de se encontrar uma prioridade do princípio da não-maleficência frente aos outros princípios. A pergunta a ser respondida é se essa prioridade seria cronológica ou lógica. O que se procura defender aqui é que a prioridade seria cronológica. Destacando que essa prioridade cronológica ocorreria porque a não-maleficência é uma obrigação mais cogente do que os outros princípios como à autonomia, beneficência ou a justiça, tendo como pano de fundo a ideia da moralidade comum para corroborar essa hipótese. Desta maneira, essa discussão vai levar a se investigar qual seria o *status* do princípio “*Primum non nocere*”, destacando-se a ideia do *primum*. Pois, com uma consequência dessa formulação, exige-se uma prioridade pela própria forma como esse princípio é apresentado e reforçado pelo uso do *primum*. Essa formulação latina enunciada acima, para esclarecimento histórico, remonta a tradição hipocrática e seu famoso juramento Hipocrático. Um segundo ponto, seria a necessidade de se defender a independência do princípio da não-maleficência sobre a beneficência. Pressupor a independência do princípio da não-maleficência sobre o da beneficência parece além de razoável, coerente. Tanto é assim, que os possíveis desdobramentos pós Relatório Belmont proposto por Beauchamp e Childress e sua nova teoria que é o principialismo parecem gozar de uma aceitação geral no meio biomédico sobre a necessidade de se separar a não-maleficência da beneficência, defendendo assim a sua

---

<sup>1</sup> É importante fazer aqui, desde o início, uma distinção entre duas formas de bioética. Pode-se fazer isso da seguinte forma: a) bioética geral (B.G): leva em consideração a vida como um todo (tendo como seus principais autores: Potter, Jahr e Jonas), *versus*, b) bioética específica (B.E): que tem como problemas éticos as ciências da saúde, suscitados pela biomedicina (como importantes autores estariam os próprios Beauchamp e Childress, como também Engelhardt, Pellegrino e Thomasma). Uma observação relevante é que Beauchamp e Childress vêm sistematicamente reformulando e ampliando as suas preocupações, que agora vão além do caráter meramente relacionado à ética médica. Basta verificar as últimas edições e constatar essas mudanças de perspectiva, buscando tornar essa teoria mais ampla.

independência. Note que a independência é um pressuposto aceito por Beauchamp e Childress. Contudo, a ideia da prioridade não é endossada pelos dois bioeticistas. Uma crítica comum a estratégia do desmembramento da independência, efetuada pelos dois bioeticistas é que esse expediente teórico acabaria por aumentar e complicar a teoria principialista ao invés de simplificá-la. O desmembramento da beneficência no princípio da não-maleficência aumentaria e levaria em tese, a mais comprometimentos metafísicos. Assim, o ideal da simplicidade teórica (pressuposto epistemológico ligado à ideia da navalha de Ockham), pareceria que seria comprometida, pois ao invés de simplificar a teoria essa estaria se tornando mais complexa. No entanto, não parece que a pressuposição de mais um princípio (a não-maleficência) venha a causar um prejuízo a teoria principialista e que isso possa vir a inviabilizá-la. Além de que a crítica da simplicidade nas teorias éticas não parecer ser consequência lógica do argumento da simplicidade pressuposto pela navalha de Ockham. Assim, a ética não precisa se comprometer com o ideal científico da simplicidade para ser considerada válida. Isso somente será aceito caso se queira naturalizar a ética, o que é também uma tese controversa.

Relacionado a discussão quanto à prioridade cronológica do princípio da não-maleficência sobre os outros princípios, tal perspectiva ligada a prioridade se configura e se apresenta como uma discussão mais complicada. Ao contrário da pressuposição da independência. Dentro do principialismo uma regra básica é não admitir ou mesmo se propor uma hierarquia de princípios fornecida previamente (levando-se em consideração que no principialismo os quatro princípios sempre são válidos *prima facie*), sendo que somente depois de uma análise específica e ponderada é que se poderia inferir qual princípio estaria mais em evidência em determinado caso. Dessa forma, acredita-se ser interessante analisar o *status* do princípio da não-maleficência, por ser um princípio amplo e que de um modo geral, comum, parece ter uma prioridade sobre os outros. Assim, uma justificativa para essa pesquisa seria de que a distância entre evitar causar dano aos outros e a de beneficiar as pessoas, tanto quanto a ideia da justiça, podem estar mais próximas do que se pensava por seu caráter conceitual e moral comumente partilhável, mas é necessário propor uma prioridade. Assim, defende-se que dentro da moralidade comum, a prioridade cronológica da não-maleficência se manifesta justamente por ser um princípio que deve sempre ser observado primeiramente ou antes do que os outros. E isso ocorre justamente porque os seres humanos tem a capacidade de prever se a ação que vai ser efetuada causa mais danos do que benefícios

a pessoa afetada e para se fazer essa análise evitar causar o dano sempre terá uma premência temporal, pois deve ser considerada antes dos outros princípios, pois antes de tudo deve-se evitar causar o dano aos outros quando este é evitável ou mesmo previsível. Somente em casos assim é que se pode ter e se cobrar uma ação moral. Casos que ultrapassam essas categorias seriam extraordinários, mas mesmo nesses casos a prioridade ficaria sempre em procurar se evitar causar um dano intencional. Desta forma, a não-maleficência goza de uma premência frente aos outros princípios, justamente por negar a possibilidade de se causar um dano a outras pessoas quando existe a capacidade de se evitar esse dano intencionalmente. Por isso a sua prioridade. Além de que, a própria formulação negativa leva a se conceder uma obrigatoriedade mais forte em relação aos outros princípios da moralidade comum, pois participa daquilo que Kant chama de deveres perfeitos, no sentido de que ordenam explicitamente o que deve ou não ser feito.

Sendo assim é interessante passar a analisar as críticas endereçadas ao modelo principialista. Uma das acusações feitas ao principialismo liga-se ao fato de que essa teoria leva a mais confusões do que a esclarecimentos. Por isso, acredita-se ser interessante saber quais foram essas críticas e quem são os seus principais críticos. Assim, também é importante saber quais foram as suas sugestões metodológicas para superar os problemas da teoria principialista.<sup>2</sup> Uma das questões mais agudas do principialismo, refere-se ao fato de que o principialismo, segundo apontam os seus críticos, ao invés de dar um método claro de deliberação, acaba por dificultar essa escolha. Em muitos casos bioéticos acontece que um princípio sempre acaba competindo com outro, e não existe um modelo capaz de diminuir essa ambiguidade dentro da teoria principialista. Outra crítica comum é que seu enfoque teórico somente se aprofunda em problemas biomédicos e não em questões bioéticas mais amplas. Contudo, essa é uma crítica que vem sendo superada pelos próprios autores com as suas novas edições e reformulações.<sup>3</sup> Outra crítica comum, mas que também vem sendo

---

<sup>2</sup> Os principais e mais importantes críticos do principialismo de Beauchamp e Childress são: “Bernard Gert, John Arras, Edmund Pellegrino, Franklin Miller, David DeGrazia, Ronald Lindsay, Carson Strong, Robert Baker e Tristram Engelhardt.” Conferir: BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.VIII.

<sup>3</sup> Aqui é importante fazer um esclarecimento metodológico: é interessante estar ciente de que a teoria de Beauchamp e Childress foi se modificando durante as

superada pelos seus autores, é a de que o principialismo é excessivamente estreito, por suas preocupações se referirem demais a fatos médicos e não levando em consideração problemas referentes à vida como um todo no planeta e por não promover uma crítica a ciência em geral ou de como a ciência deveria se desenvolver para factualmente ajudar a melhorar a vida de bilhões de pessoas. Essas considerações buscam esclarecer e compreender de que forma os princípios da beneficência e não-maleficência são desenvolvidos por Beauchamp e Childress e se é relevante defender uma concepção de hierarquia de princípios. Procura-se, assim, fazer uma análise crítica-reflexiva sobre o modo como a teoria foi construída e discutir seus pontos fortes e fracos, analisando como e se é possível e desejável teoricamente propor a prioridade de um princípio sobre o outro.

Tendo como base principal a investigação de uma hierarquia de princípios, procura-se também verificar como os autores entendem e se comprometem atualmente com a ideia da *moralidade comum*, entendida como uma moralidade universal, e também com a sua própria ideia de uma moralidade de princípios válidos *prima facie*. Sendo assim, a moralidade desenvolvida pelos autores baseia-se em princípios *prima facie*, que tem a sua fundamentação teórica nas ideias do filósofo britânico William David Ross. Segundo as ideias de Ross, os princípios éticos seriam considerados como válidos *prima facie*.<sup>4</sup> Dessa forma, as ações não são *prima facie* certas ou erradas, justamente por poderem entrar em conflito em certas circunstâncias, e caso isso aconteça, os agentes devem procurar determinar o que fazer buscando uma obrigação efetiva ou prioritária em cada situação, tentando encontrar o mais perfeito equilíbrio entre certo e errado; sobretudo especificando e ponderando os princípios, a fim de escolher o melhor a ser aplicado em determinado caso. Dessa forma, essa teoria proporcionaria um

---

várias reformulações e edições, pois os autores foram sistematicamente reestruturando, revendo e acrescentando novas perspectivas a sua teoria principialista, procurando assim dar mais coerência as suas ideias.

<sup>4</sup> Para uma discussão sobre esse ponto, pode se conferir o livro de DALL'AGNOL, Darlei. **Bioética: princípios morais e aplicações**. Rio de Janeiro: editora DP&A, 2004, p.187. Assim, Dall'Agnol compreende por intuicionismo: “[...] a admissão de que há uma pluralidade de princípios e que é impossível subsumi-los num único “metaprincípio” e que o critério de aplicação de um ou de outro depende da intuição do agente nas circunstâncias específicas de cada ação. O que é problemático, aqui, não é apenas a aparente arbitrariedade na aplicação dos princípios, mas, sobretudo, porque a intuição parece ser um recurso inseguro e até mesmo desnecessário.”

crescimento e aperfeiçoamento moral. Mais do que uma ética, a teoria principialista é um método para resolução dos casos biomédicos, sendo compreendido de forma mais adequada como um procedimento de decisão bioético. Desta forma, o principialismo seria melhor compreendido se fosse entendido mais como uma metodologia ou um procedimento do que uma ética pura.

Assim, segundo essa interpretação principialista de viés intuicionista sobre os princípios que sustentam a sua teoria, não haveria uma hierarquia de princípios, sendo que todos funcionam e se ajustam mutuamente em todos os casos. Justamente por sua flexibilidade e plasticidade, a teoria de Beauchamp e Childress se mostrou de fácil assimilação, ganhando adeptos rapidamente nos mais variados lugares do mundo, tornando-se uma teoria bioética consensual. As suas ideias possibilitaram unir princípios gerais, que na prática mostrou-se de grande auxílio, pois desta maneira os comitês de ética e as pessoas envolvidas em casos onde se devem tomar uma decisão ética difícil poderiam chegar a um acordo mais rapidamente e com menos dissensos. Usando desse mecanismo, o principialismo tornou-se um dispositivo acessível a todos, não ficando restrito a *experts* da área da medicina ou da filosofia moral. Sendo assim, suas ideias têm o intuito de promover uma solução plausível, mediante a utilização de uma teoria bioética que possa ser endossada por todos os envolvidos. A ideia dos quatro princípios válidos *prima facie* e não-hierarquizados com a sua base intuicionista e que permita ser de fácil assimilação e aplicação por todos os envolvidos torna-se popular.

Além das suas bases teóricas, não se pode esquecer os débitos históricos que os dois bioeticistas americanos contraíram de vários autores ilustres, pois a teoria deles depende principalmente de concepções éticas de Immanuel Kant e de John Stuart Mill. Isso, na verdade, é uma das curiosidades da ética principialista. Justamente por fazer a junção de tradições éticas distintas, dir-se-ia até antagônicas, a deontológica de Kant e a consequencialista de Mill, a teoria se tornou assim um meio termo entre essas duas tradições. Para os autores, essa aproximação de éticas diversas levaria a uma complementaridade, podendo dessa maneira, aproveitar o que há de melhor em cada uma delas, tirando o máximo que cada teoria pode oferecer. Assim, eles pensam, estariam ajudando a construir uma teoria mais ampla, que possa contribuir na resolução de problemas bioéticos.

Um princípio muito controverso dentro do principialismo seria a autonomia. Vale a pena fazer um comentário sobre isso. Pode-se dizer que o princípio do respeito à autonomia tem um traço kantiano, no

sentido de que proporciona aos indivíduos a possibilidade de se autodeterminarem.<sup>5</sup> No entanto, o princípio da autonomia também tem certo traço milliano, derivado do modo como Mill compreendia a autonomia, sendo a liberdade de usar o seu corpo e mente como bem entender. No princípio da autonomia nota-se o caráter misto da teoria principialista com suas duas fontes morais antagônicas. Por outro lado, os princípios da não-maleficência como da beneficência tem uma história longa, que pode ser remontada à tradição grega, tendo Hipócrates como seu principal mentor. Além de que, a beneficência apresenta mais traços do consequencialismo do que do kantismo. Por fim, o próprio conceito de justiça se aproxima de uma ideia deontológica e tem como principal teórico John Rawls que reabilitou a discussão sobre a justiça tanto na ética como na política. Esses comentários referentes aos quatro princípios são importantes para notar que a mistura de tradições pode trazer vantagens, complementando as análises bioéticas. Contudo, isso deve ser mais bem qualificado e discutido. Num dos capítulos isso será feito.

Assim, uma das complicações que se poderia levantar a teoria de Beauchamp e Childress é o modo como ela se apresenta (uma mescla de várias teorias), pois a ideia geral do principialismo é que aja uma aplicação direta dos quatro princípios válidos *prima facie* aos casos

---

<sup>5</sup> Aqui cabe um esclarecimento, pois afirmar que essa teoria bioética principialista de Beauchamp e Childress possui um traço kantiano poderia levar a seguinte pergunta: Qual traço kantiano? A autonomia para Kant significa o indivíduo legislar suas leis morais, ou seja, autoimpor leis morais a sua razão. Nessa dissertação, grosso modo, o entendimento da autonomia se compromete unicamente com a ideia do indivíduo poder dar o seu consentimento a essas leis. Desta forma, associasse unicamente a ideia da autonomia entendida como consentimento ou autonomia de se autolegislar nessa acepção de consentir. É somente dessa perspectiva ou acepção que se afirma ter um caráter kantiano a autonomia como é entendida no principialismo. É dessa maneira que o agente moral pode ser digno de elogios ou de críticas. Toda a parafernália metafísica conceitual kantiana é esvaziada. Para mais detalhes sobre isso e de como ocorre um forte comprometimento metafísico numa leitura estritamente kantiana, pode-se consultar Engelhardt que argumenta que fazer uma afirmação da autonomia baseada nos pressupostos kantianos, forçaria a uma visão particular de bioética e não conseguiria propor uma bioética substantiva. Por isso a necessidade de *um traço moderado de autonomia kantiana*. Para mais detalhes verificar o capítulo: “Como Kant colocou essência em suas conclusões morais.” In: ENGELHARDT, H. Tristam. **Fundamentos da bioética**. 2. ed. São Paulo: Editora Loyola, 1998, p.135-139.

biomédicos. Porém, a base dos quatro princípios nasceu nas mais variadas tradições morais. Dessa forma, crêem que esse enfoque teórico que se utiliza de princípios amplos e distintos, válidos *prima facie*, poderiam realizar a tarefa de regular as ações biomédicas de modo mais eficiente. Sendo assim, aplicam-se esses princípios a casos concretos, que nem sempre gozam dos privilégios do mundo ideal e onde nem todos conseguem deliberar de maneira crítica e ponderada. Consequentemente, isso acaba por gerar um *déficit* na aplicação da teoria principialista, justamente por não conseguir conectar de maneira coerente princípios e regras. Quando um dos princípios se choca com outro, ou seja, quando entram em disputa dois ou mais princípios, não se dispõe de uma meta-regra definidora que possa solucionar esse impasse de princípios. Esse é um dos problemas sérios que essa teoria ética possui. Caso ambas as partes mostrem ter bons argumentos para sustentar a sua posição, exemplo de quando ocorrem os dilemas, isso seria um problema a mais a ser resolvido. Neste caso, o principialismo não consegue fornecer ou mesmo propor uma alternativa robusta para solucionar esses dilemas. Nesses casos, não se teria um meio adequado para solucionar o caso de maneira consensual. Contudo, isso não pode levar a concepção apressada de se abandonar a teoria como um todo. Essa característica de alguma forma é até uma consequência do modo como a teoria é estruturada, pois tendo como um traço fundamental a tolerância e o pluralismo, isso inevitavelmente iria ocorrer. Tal fato ilustra apenas que na bioética não existem soluções fáceis, muito menos uma teoria perfeita.

Essa tensão entre princípios foi um problema com consequências difíceis de serem superadas nas primeiras versões de seus escritos, pois em casos onde princípios entram em conflito ocorrem dúvidas de qual princípio ofereceria a melhor alternativa para dirimir o caso. Conflitos de princípios, quando estes existem ou ocorrem, são de difícil solução e a teoria principialista no seu início não oferecia uma solução razoável para esse impasse. Assim, a teoria principialista começou a apresentar tensões entre princípios e a ser vista como insatisfatória para solucionar alguns casos práticos. A crítica seria de que os quatro princípios válidos *prima facie*, que são quase como um mantra, com frequência competiriam e, no entanto, sua justificação teórica seria insuficiente para se chegar a um acordo razoável entre os princípios em conflito e entre os afetados. Essa é a principal crítica feita por Clouser e Gert.<sup>6</sup> Outra crítica muito conhecida, dirigida aos dois

---

<sup>6</sup> Essa crítica muito influente foi feita por Clouser e Gert, no artigo: CLOUSER,



bioeticistas, seria quanto a possibilidade de uma validade moral universal dos princípios e da sua aplicação automática a análise de conflitos éticos na área da saúde, não sendo válidos na resolução de outros problemas que não seja na área da saúde.<sup>7</sup> Também é uma crítica feita ao principialismo, a excessiva preocupação com uma ética médica, deixando de lado uma análise mais ampla.

Este *déficit* teórico do principialismo, segundo seus críticos é problemático, porém não invalida a sua capacidade de ser um meio teórico interessante para resolver questões bioéticas ligadas à área da saúde.<sup>8</sup> Como uma alternativa para superar esses problemas, Clouser e Gert propõe uma abordagem distinta baseada na moralidade comum. Com o incremento dessa ideia, ou seja, da moralidade comum dentro do próprio principialismo, parece que o golpe desferido por Gert e Clouser na teoria é superado, e assim se ganha algum tônus teórico. A partir dessa crítica, Beauchamp e Childress incorporam a moralidade comum, mas não alteram o fundamento dos princípios válidos *prima facie* com sua base intuicionista.

A moralidade comum se apresenta como uma estratégia interessante.<sup>9</sup> Contudo, a ideia da moralidade comum também apresenta

K. Danner; GERT, Bernard. A Critique of Principlism. In: **Journal of Medicine and Philosophy**, v.15, n.2, 1990, p.219-236.

<sup>7</sup> Assim, Clouser e Gert, em tom irônico, escreveram que em toda parte da terra, multidão de convertidos à consciência bioética fazem ouvir o seu mantra [do principialismo] “beneficência; não-maleficência, autonomia; justiça.” Este é o ritual de encantamento que, diante de dilemas biomédicos, exerce forte atração às nossas interrogações.

<sup>8</sup> Clouser e Gert apontaram algumas inconsistências no principialismo. Eles questionaram como os profissionais poderiam solucionar problemas éticos valendo-se de quatro princípios gerais e abstratos. A questão que se coloca é de que forma tais princípios seriam suficientes para fundamentar uma teoria moral capaz de proporcionar resultados práticos e objetivos? “No mesmo artigo, esses autores apontaram alguns aspectos que colocavam em dúvida a capacidade do principialismo de solucionar as situações em conflito: os quatro princípios seriam *checklists* de valores morais; na inexistência de sistematização, passar-se-ia então a não atender ao requisito básico de uma teoria de justificação moral, ocorrendo uma falha de conexão entre princípios e regras; os quatro princípios, diante de conflitos, poderiam entrar em competição, impossibilitando um acordo capaz de atender uma justificação teórica.” COSTA, Sérgio. O desafio da ética em pesquisa e da bioética. In: DINIZ, Débora; SUGAI, Andréa; GUILHEM, Dirce; QUINCA, Flávia. (org.) **Ética em pesquisa: temas globais**. Brasília: LetrasLivres; Editora UnB, 2008, p.40.

<sup>9</sup> Pode-se entender esse conceito da moralidade da seguinte forma: “A

impasses teóricos complexos. Pressupor uma universalidade e um padrão humano geral válido para todos os seres humanos (seja em nível psicológico, metafísico ou moral) na base da teoria leva a se comprometer com uma fundamentação metafísica forte. Esse comprometimento metafísico ocorre no principalismo e teorias afins por se pressupor uma conduta moral humana universal que é partilhada por todos os seres humanos. Não se nega que isso seja possível, contudo deve-se ter claro que isso implica numa concepção de natureza humana que não é explicada pela teoria. Desta forma, coloca-se uma psicologia ou uma epistemologia na base da teoria, o que vai na direção contrária de uma teoria pluralista e tolerante pós-convencional, sendo que atualmente não se acredita mais numa teoria definitiva ou que possa fornecer todas as soluções para as escolhas éticas corretas.

Assim, a moralidade comum, parece buscar estabelecer uma padronização humana, o que não parece ser razoável, pois ultrapassa e não leva em consideração a pluralidade humana e o modo como cada povo se constitui e cria seus próprios valores e modos de ação que foram historicamente constituídos e adquiridos. Não parece ser ético impor uma ética a um indivíduo e muito menos a um povo. Usando um termo de Habermas, pareceria que com essa estratégia, estaria-se procurando

---

moralidade comum é um conjunto de normas compartilhadas por todas as pessoas sujeitas à moralidade. A moralidade comum não é meramente *uma* moralidade, em contraste com outras. A moralidade comum é aplicável a todas as pessoas em todos os lugares, e nós certamente julgamos todas as condutas humanas por seu padrão. [...] Uma característica interessante de se comentar é a diferença enunciada sobre padrões de ação e traços de caráter moral que compõe a moralidade comum. [...] *padrões de ação* (regras de obrigação) encontradas na moralidade comum: (1) não matar, (2) não causar dor ou sofrimento a outros, (3) prevenir que ocorra um mal ou dano, (4) ajudar pessoas em perigo, (5) dizer a verdade, (6) alimentar jovens e dependentes, (7) manter promessas, (8) não roubar, (9) não punir um inocente, e (10) obedecer a lei. [...] *traços de caráter moral*, ou virtudes, reconhecidas na moralidade comum: (1) não malevolência, (2) honestidade, (3) integridade, (4) conscienciosidade, (5) confiabilidade, (6) fidelidade, (7) gratidão, (8) veracidade, (9) amorosidade, e (10) benevolência. Essas virtudes são admiradas universalmente como traços de caráter.” BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.3. A ideia da moralidade comum torna-se tão importante que Beauchamp escreve um artigo em sua defesa. Conferir: BEAUCHAMP, Tom L. A defense of the common morality. **Kennedy Institute Of Ethics Journal**. v.13, n.3. 2003, p.259-274.

*colonizar o mundo da vida* com valores estranhos a esse outro indivíduo ou povo. Uma teoria assim estruturada, em princípio, não leva em conta as diferenças culturais, históricas e naturais de cada povo. Pressupor uma teoria unitária e que possa fornecer as bases de todas as outras teorias ou um modelo paradigmático universal, torna esse tipo de teoria automaticamente em uma teoria abrangente, que ao fim e ao cabo, vai procurar defender uma posição na qual vai declarar possuir *a* visão correta do mundo ou *a* verdade sobre o que deve ser feito em cada situação ou mesmo o que é *a* vida boa e como ela pode ser alcançada.

Uma pressuposição universalista abrangente desse tipo – que pode querer se implementar num nível abstrato para o material – como expressado anteriormente na ideia de se pressupor uma teoria geral, com certa metafísica que quer propor e realizar de modo amplo as suas concepções, acaba por ter vários efeitos tanto na teoria como na prática. Teorias assim desenvolvidas, que tem essa metafísica universalista na sua base, apresentam problemas que são de difícil resolução. Derivado dessa problemática pode-se colocar as seguintes questões: como defender *a* moralidade comum em uma era de éticas pluralistas e pós-metafísicas? Como se pode afirmar e defender uma homogeneidade ética ampla? É possível essa colonização de valores éticos? Essas são questões agudas e complexas que a moralidade comum enfrenta. Assim, a ideia da moralidade comum se compromete com um tipo de realismo moral, pois crê numa certa atemporalidade de seus elementos constitutivos valorativamente válidos em todas as épocas e tempos vindouros. Os problemas que surgem nesse tipo de teoria não são de fácil solução e não se procura aqui resolver essa situação. Apenas se aponta que essa é uma questão aberta e de difícil solução que acaba se desenvolvendo quando se aceita a ideia da moralidade comum.

Pode-se, ainda colocar outros exemplos problemáticos que poderiam ser levantados à ideia da moralidade comum. Algumas questões específicas que emergem da ideia da moralidade comum poderiam ser assim descritos: será possível encontrar referências comuns para sociedades que se definem pela liberdade de opção? Quais critérios são determinantes para se estabelecer um núcleo ético comum, numa época de diversidades éticas, políticas e sociais? Quando se afirmam valores coletivos, isso se refere a valores relevantes à sociedade, enquanto coletividade, capaz de desenvolver um espírito gregário, ou se refere a valores partilháveis pelos membros de uma determinada sociedade?<sup>10</sup> Estas são perguntas que poderiam ser

---

<sup>10</sup> Essas questões justamente colocam em dúvida a possibilidade de uma

legitimamente colocadas a essa concepção unificadora moral universal.

Assim, quer se mostrar que a moralidade comum, desenvolvida para remediar ou mesmo substituir a teoria de Beauchamp e Childress, pode ser um caminho interessante para resolver os problemas que a própria teoria principialista apresenta, porém ao preço de se comprometer com outros.<sup>11</sup> Em si, isso não é um problema, porém pelo que foi visto acima, sabe-se que se enfrentaram outras tantas questões. Portanto, pode-se notar, como apontaram Clouser e Gert, que os quatro princípios da teoria principialista se apresentam sem uma fundamentação moral consistente e não conseguem dessa maneira servir de guia moral para solver os dilemas que eventualmente se apresentam na deliberação de um caso.<sup>12</sup> Sobre esse ponto, existem as críticas feitas ao principialismo associadas aos conflitos de princípios, os quais, caso ocorram, como visto acima, não poderiam ser solucionados com a teoria de Beauchamp e Childress. Tendo em conta tais complicações, parece ser interessante adotar a concepção ética da moralidade comum como um meio de dar um fundamento a teoria principialista, pois assim há um chão comum e uma base de onde derivam seus princípios. Contudo, não se furtando aos outros problemas que são levantados ao se adotar essa concepção da moralidade comum.

Sendo assim, a tese que sustenta a defesa da moralidade comum, deve ser compreendida de modo a especificar o uso que a universalidade tem dentro dessa teoria.<sup>13</sup> De modo mais ponderado e para diminuir uma possível extrapolação teórica, a visão mais adequada seria a de se adotar a seguinte ideia no tratamento da moralidade comum: nesse âmbito da moralidade comum, uma justificação de normas é válida ainda que *nem todos* os participantes a endossem. A

---

moralidade comum, e foram apontadas por: COUTINHO, Vitor. Bioética comum em contextos pluralistas. In: J. ASCENÇÃO (coord.) **Estudos de direito da bioética**, vol. IV, Almedina, Coimbra, 2012, p.331-363. Disponível In: <[https://www.academia.edu/1233810/Bioetica\\_comum\\_em\\_contextos\\_pluralistas](https://www.academia.edu/1233810/Bioetica_comum_em_contextos_pluralistas)> Acessado em 07 de fevereiro de 2012.

<sup>11</sup> CLOUSER, K. Danner. Common Morality as an alternative to principlism. **Kennedy Institute of Ethics Journal**, v.5, n.3, 1995, p.219-236.

<sup>12</sup> CLOUSER, K. Danner; GERT, Bernard. A critique of principlism. In: **Journal of Medicine and Philosophy**, v.15, n.2, 1990, p.221.

<sup>13</sup> Não se pode furtar aqui de um comentário que de fato irá delimitar o papel de ação dessa teoria moral. A dissertação trata do caso específico (contexto) da bioética, mais especificamente da área biomédica (biomedicina). Isso retira todo o problema de dizer quem são "todas as pessoas" pressupostas nesse estudo. Tudo se passa dentro do escopo teórico da bioética.

universalidade aqui não precisa ser *estrita* ou *plena*, visto que se encontra num nível mais empírico e factual – esperar sempre a unanimidade nos resultados das decisões morais ou éticas seria absurdo – a universalidade aqui pode ser *restringida* ou *parcial* (pode ser a expressão da maioria em determinado contexto, por exemplo). Essa seria a visão mais realista – no sentido de sua forma pragmática – levando em consideração a aplicação da teoria na prática. Uma teoria assim construída parece ser mais coerente, modesta e simples. Essa seria uma visão mais moderada e ponderada do alcance da moralidade comum no contexto de sua aplicação. Pois, como se poderia querer impor uma concepção moral a um povo que não partilha dos mesmos valores expressos numa teoria dita universal? A resposta seria pelo viés da universalidade restringida e parcial. Desta forma, certa visão *da racionalidade humana* deve ser desinflacionada em prol de uma opção mais liberal e contextualista. Nesse campo da moralidade, assim compreendido, se pensa ser possível chegar a um acordo plausível. Fazendo-se uma especificação teórica tal como descrita acima – uma *universalidade restringida e parcial* – isso parece levar a um tipo ponderado de decisão o que seria também considerado pela maioria como o mais correto, razoável e tolerante, levando mais facilmente a uma aceitabilidade por parte de todos os afetados. Assim parece se tornar possível além de plausível a defesa de uma moralidade comum, que é partilhável por todos no sentido de ser partilhada universalmente de modo restringido e parcial.

Exposto o quadro geral do que vai ser trabalhado nesse estudo, passa-se a explicar o que será feito em cada um dos capítulos desta dissertação. No primeiro capítulo, trabalha-se o Relatório Belmont, sua gênese e as principais mudanças que ocorreram após sua criação. Outra questão a ser estudado é como esse relatório ajudou no desenvolvimento da própria bioética e de que maneira influenciou o nascimento da teoria principialista. Assim, se busca mostrar como os princípios no Relatório Belmont, que são: o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça são entendidos e como são desenvolvidos, discutindo cada um deles independentemente e buscando verificar como a não-maleficência pode se ligar a essa discussão. Como uma observação preliminar, destaca-se que o respeito pelas pessoas é o princípio que se mostra mais problemático. Tanto que foi despendido um espaço maior para se debater sobre esse princípio, pois inevitavelmente se tornou alvo das atenções por envolver uma ambiguidade em seus termos relacionados aos conceitos de pessoa e autonomia. Nesse caso, justamente por utilizar o conceito de pessoa, isso acabou gerando diversas interpretações sobre

quem são e como deveriam ser tratadas essas pessoas. Pois qual é a concepção de pessoa que há por trás dessa teoria? Porém, com essas observações não se quer diminuir a importância dos outros dois princípios que são a beneficência e a justiça, que desempenham um papel importantíssimo no relatório e depois no próprio principialismo.

O segundo capítulo será dedicado a apresentar a teoria de Beauchamp e Childress propriamente dita. Será possível analisar como a teoria principialista se fundamenta e de que maneira se processa o seu método de justificação ética. Assim, passa-se a se fazer uma apresentação dos quatro princípios, mostrando como a teoria comumente conhecida como principialismo funciona. Para tanto, vai-se analisar a gênese da teoria e procurar compreender como ela se estrutura. Neste ponto, se observa a ligação do principialismo com as ideias de William David Ross e a sua ideia de obrigações válidas *prima facie*. Verificam-se também as ideias e a importância de Frankena para a discussão. Feita essa explanação, passa-se a analisar os dois princípios detidamente, ou seja, a beneficência e a não-maleficência. Por isso, os princípios do respeito à autonomia e a justiça não serão muito desenvolvidos nessa parte, contudo são analisados, mas passa-se apenas de maneira sumária por esses princípios. No entanto, no que concerne aos princípios da não-maleficência e beneficência será concedido um espaço maior e mais detalhado. Busca-se verificar como a ideia dos princípios da beneficência e não-maleficência são entendidos e construídos dentro da ótica principialista.

No terceiro capítulo faz-se uma análise referente a iatrogenia ou dano médico como é comumente conhecido e sobre a sua ligação com a não-maleficência, para ilustrar como esse princípio pode ser um importante modelo para ser observado nas práticas biomédicas. Mostra-se isso utilizando-se o conceito de iatrogenia, que deve ser entendido como o mal que é causado pela própria prática médica e de como isso pode ser evitado. Nota-se esse tipo de problema nas consequências iatrogênicas, que por definição é um dano médico causado ao paciente. Justamente aí surge a oportunidade de se verificar a hipótese que é o foco principal dessa dissertação, que é a análise de se a prioridade da não-maleficência pode ser colocada nos termos de uma prioridade cronológica. Em decorrência desse fenômeno iatrogênico quer se mostrar que por esse fenômeno é possível defender uma prioridade, pois na prática médica, antes de mais nada, o dano deve ser evitado. Neste ponto, quer se verificar também a independência do princípio da não-maleficência frente o princípio da beneficência. Pois como se sabe, no Relatório Belmont não se diferenciava a beneficência da não-

maleficência. Desta maneira, a beneficência continha a não-maleficência como um apêndice de sua aplicação, sendo compreendidos como uma única e mesma coisa. No entanto, Beauchamp e Childress crêem ser importante fazer essa distinção, tanto que na sua teoria principialista os autores desdobram a beneficência num outro princípio que é a não-maleficência. Comprovar a independência do princípio da não-maleficência sobre o da beneficência parece além de ser plausível uma consequência necessária para se compreender a ética de modo mais razoável. Porém, defender a sua prioridade ou primazia se torna uma tarefa mais complexa. Buscar a prioridade cronológica ou lógica do princípio da não-maleficência sobre outros princípios é a questão aberta que vai movimentar toda essa dissertação. Dessa forma, acredita-se ter cumprido o papel dessa investigação, que é a análise de se há ou não uma prioridade de princípios.





## 1 O RELATÓRIO BELMONT

Nesse capítulo se tem o intuito de apresentar o Relatório Belmont e sua importância para o próprio desenvolvimento da bioética como um todo e principalmente para compreender como o principialismo tem influência desse relatório. A sua importância se torna fundamental para se poder compreender o próprio princípio da não-maleficência, que nesse documento ainda se encontra atrelado ao princípio da beneficência. Aqui ainda não há uma distinção clara e nítida entre a beneficência e a não-maleficência. Justamente por isso, se procuram fazer essa análise do Relatório Belmont para mostrar como já perpassa por todo esse documento, ainda que de maneira implícita, a ideia da não-maleficência. Contudo, nesse contexto do Relatório, a não-maleficência ainda não desempenha um papel de destaque, por não ter ganhado ainda a sua *independência*. Desta maneira, acredita-se ser interessante discutir e repensar o papel que o princípio da não-maleficência desempenha dentro da discussão bioética geral, além de ter a possibilidade de verificar como posteriormente o Relatório Belmont ajudou a moldar a teoria principialista de Beauchamp e Childress e suas diferenças. Dessa forma:

A beneficência no seu sentido estrito deve ser entendida, conforme o Relatório Belmont, como uma dupla obrigação, primeiramente a de não causar danos e, em segundo lugar, a de maximizar o número de possíveis benefícios e minimizar os prejuízos. É importante frisar, aqui, uma divergência no principialismo. No Relatório Belmont, não causar danos integra o princípio da beneficência, enquanto que para Beauchamp e Childress, seguindo o modelo de Ross, não causar danos é um princípio diferente do princípio da beneficência.<sup>14</sup>

Assim, de modo geral, já se tem um breve resumo de como é entendido e de que forma transcorrerá essa discussão. Isso irá nos ajudar a rever e a repensar algumas posturas que passaram sem serem

---

<sup>14</sup> KIPPER, Délio José; CLOTET, Joaquim. Princípios da Beneficência e Não-maleficência. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p.45.

Questionadas sobre a não diferenciação da não-maleficência que é ainda compreendida como um apêndice do princípio da beneficência dentro da perspectiva do Relatório Belmont. Assim, acredita-se ser importante traçar a história do Relatório Belmont para compreender de que forma o princípio da não-maleficência passou a ganhar conteúdo e importância ao longo do desenvolvimento da bioética como também para melhor compreender a própria bioética como um todo. Por isso, acredita-se na importância de se fazer essa reconstrução histórica do Relatório Belmont antes de se passar a análise do principialismo.

Sob essa perspectiva do Relatório Belmont, quer se mostrar e pontuar algumas questões que a bioética de modo geral também deve buscar se contrapor, uma delas, seria a de fazer uma reflexão crítica sobre a própria ciência e refletir de que modo as pessoas se relacionam com o seu entorno.<sup>15</sup> O próprio Relatório Belmont teve esse papel no cenário norte americano, pois nasceu no meio de escândalos envolvendo pesquisa com seres humanos. É por isso que se crê ser importante essa remontagem histórica. Assim, se passará a analisar como cada um dos três princípios, que são respectivamente: o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça são entendidos e quais os seus desdobramentos futuros tanto para a pressuposição de um novo princípio que será a não-maleficência quanto para uma perspectiva teórica nova que irá nascer desse documento, que é o principialismo de Beauchamp e Childress.

## 1.1 PRESSUPOSTOS DO RELATÓRIO BELMONT

Inicialmente, é importante destacar o papel central que o *Belmont Report*<sup>16</sup> (ou Relatório Belmont, como ficou conhecido no meio

---

<sup>15</sup> A bioética geral tem como preocupação a vida como um todo (tendo como seus principais autores: Potter, Jahr e Jonas), *versus*, a bioética específica, que tem como foco os problemas éticos nas ciências da saúde suscitados pela biomedicina (como importantes autores estariam o próprio Beauchamp e Childress). Uma observação que deve ser esclarecida é que os dois bioeticistas vem sistematicamente reformulando e ampliando as suas preocupações além do caráter meramente relacionado à ética médica, tentando assim ultrapassar a bioética específica.

<sup>16</sup> National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioural Research, *Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research* (Washington: Department of Health, Education, and Welfare, 1979). Embora primeiramente publicado em 30 de setembro de 1978, o relatório aparece no registro geral dos Estados Unidos com a data de 18

brasileiro), desempenha na discussão relacionada à bioética como um todo e o papel que esse documento ainda desempenha. Esse Relatório tem sua importância justamente por ser o início de um movimento que crescerá enormemente e tem hoje um papel importante tanto no cenário biomédico e bioético brasileiro como mundial. Assim, a bioética em geral vem ganhando espaço e amadurecendo, sendo o Relatório Belmont um momento importante para a sua consolidação.<sup>17</sup>

O Relatório Belmont nasce justamente para resolver uma demanda que surge pela desconfiança gerada tanto pelos abusos dos médicos no contexto da Segunda Guerra Mundial, quanto na própria sociedade norte-americana na década de 1970, motivada por escândalos envolvendo pesquisas com seres humanos. Os exemplos que motivaram o desenvolvimento desse relatório envolviam pesquisas em seres humanos sem seu consentimento. No caso dos escândalos ocorridos nos Estados Unidos, um deles foi amplamente noticiado pelos jornais e é conhecido como o caso Tuskegee. Para exemplificar esse fenômeno, basta perceber que os sujeitos à pesquisa nunca foram consultados sobre se aceitavam ou não participar nesse tipo de pesquisa científica. Esse caso que acabou por se tornar o mais famoso e emblemático da bioética, o chamado caso Tuskegee, tem grande relevância justamente por sua total negligência em não respeitar o sujeito de pesquisa. Nesse estudo, quis se verificar a evolução da sífilis, que naquele momento já possuía

---

de Abril de 1979. O texto completo encontra-se disponível no seguinte site para consulta: <[http://videocast.nih.gov/pdf/ohrp\\_belmont\\_report.pdf](http://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_belmont_report.pdf)>. Acessado em 17 de Agosto de 2013.

<sup>17</sup> Historicamente, Van Rensselaer Potter é considerado o pai da bioética, no entanto, sabe-se hoje que o termo foi primeiramente usado, ou mesmo cunhado por Fritz Jahr em 1927, o qual desenvolveu uma filosofia que também leva em conta vários dos fatores que Potter sugere na década de 70 do século passado. É verdade que Jahr se utiliza do termo Bio-ética, de forma hifenizada, mas suas preocupações e problemáticas se aproximam fortemente das preocupações colocadas por Potter, que cinquenta anos mais tarde irá propor. Atualmente procura-se fazer justiça ao criador do termo “Bioética”, Fritz Jahr. Sobre Jahr, encontram-se mais informações consultando o seguinte artigo: Fritz Jahr’s 1927 Concept of Bioethics. In: **Kennedy Institute of Ethics Journal**. v.17, n.4, Dez. 2007, p.279-295. Em relação à Potter, pode-se citar os dois principais trabalhos deste autor, sendo o primeiro um artigo de 1970, que se utilizou da palavra bioética: POTTER, Van Rensselaer. *Bioethics, science of survival. Perspectives in Biology and Medicine*. v.14, ano.1970, p.127-153. E o seu mais famoso trabalho, o livro POTTER, Van Rensselaer. *Bioethics: Bridge to the future*. New Jersey: Prentice Hall; 1971.

um tratamento adequado e disponível, sendo que as pessoas poderiam ser tratadas de maneira simples e fácil, mas que não tiveram essa oportunidade. Queria se estudar, nesse caso, a progressão natural da sífilis. O caso fica ainda mais escandaloso pelo período que foi realizado, pois perdurou por 40 anos, como também por seus sujeitos de pesquisa serem negros e pobres, o que é relevante nesse caso dado o contexto da pesquisa, levando-se em conta a exclusão e preconceitos que os negros sofriam na sociedade norte-americana daquele período. Apesar de que ainda o sofrem hoje em dia. O experimento científico foi batizado então de caso Tuskegee, por ter ocorrido numa região com esse nome. Isso ocorreu no Estado do Alabama nos Estados Unidos. Pode-se ainda, citar outros casos históricos para exemplificar como era o método inescrupuloso das pesquisas biomédicas envolvendo seres humanos daquele período. Outro exemplo relaciona-se aos abusos cometidos pelos médicos que inocularam células cancerosas em pacientes idosos. Num terceiro exemplo se inoculou o vírus da hepatite em crianças com retardo mental. Nesse caso se queria também analisar e ver a evolução natural da hepatite nesses pacientes.

Estes exemplos são suficientes para mostrar o total desrespeito para com os seres humanos em sua autonomia e dignidade ou como indivíduos possuidores de direitos e garantias defendidas por leis contra práticas dessa espécie. Esses sujeitos, que são humanos, foram transformados em meros sujeitos de pesquisa sem nenhuma garantia ou proteção. Foram totalmente instrumentalizados. Em nome de qual ciência ou que tipo de médicos poderiam aceitar pesquisas dessa natureza? Desta maneira, esses casos tornaram-se famosos e emblemáticos na história da medicina e das ciências biomédicas por utilizarem seres humanos como sujeitos de pesquisa. Essas pesquisas mostraram a total falta de regulamentação e fiscalização como da completa falta de um senso moral ou de uma moralidade básica por parte dos cientistas. Com esses escândalos, um movimento se inicia. A partir da década de sessenta, os cidadãos norte americanos começam a exigir um novo tipo de tratamento. É a busca pelos direitos do cidadão como paciente vulnerável.

A partir de então, os indivíduos compreendidos como cidadãos começaram a exigir uma fiscalização e regulamentação para que práticas como essas não mais voltassem a ocorrer na história. Tendo isso como pano de fundo, várias pessoas perceberam que algo deveria ser feito e que alguma norma deveria ser construída e constituída. Levando em consideração que o objeto de estudo nessas pesquisas são sempre seres humanos, deve-se agora buscar uma melhora tanto no entendimento

dessas doenças quanto na busca de “curas” aos males que nos afligem. Mas para isso acontecer de maneira minimamente ética e respeitando a pessoa, devem-se criar algumas normas de conduta. A tese da busca do conhecimento pelo conhecimento tem que ter alguma regulamentação, pois como é possível observar, historicamente se cometeram atrocidades em nome desse ideal. Assim, parece mais do que razoável exigir normas claras sobre como isso deve ser feito e como será realizado.

Nesse contexto histórico, anterior ao Relatório Belmont, e no qual se utilizou seres humanos como sujeitos de pesquisa numa acepção totalmente desrespeitosa, causa estranhamento a atitude desses médicos e pesquisadores, pois configura-se mais como uma prática sádica e monstruosa do que uma prática científica que busca melhorar e fazer a humanidade progredir. O curioso é que esses médicos e cientistas em suas pesquisas, não tiveram a sua moralidade comum, básica, acionada. Agiram com uma frieza comparável somente a uma máquina, pois não parece existir ali qualquer resquício de um ser humano, mas sim somente um autômato seguidor de normas científicas em busca de compreender como a máquina humana funciona. Seriam cópias comparáveis a Eichmann, que somente obedecem e que não tem a capacidade de pensar por si mesmo ou de questionar a sua conduta.

Assim, surge a necessidade de se rever e repensar as práticas científicas efetuadas até então e de se propor algum mecanismo que regule pesquisas envolvendo seres humanos. Os episódios envolvendo seres humanos em pesquisas médicas, citados acima, imediatamente lembram os crimes e atrocidades cometidos na Segunda Guerra Mundial. Porém, esses casos citados se configuram piores, pois estavam sendo cometidos ainda em 1970, no quintal dos norte-americanos, protetores e segundo eles os garantidores dos direitos humanos, pois querendo ou não os norte-americanos se pensavam como os libertadores do grande mal de 1945, que era o regime nazista. Contudo, essas pesquisas macabras foram realizadas dentro da própria casa do autoproclamado protetor da humanidade. Consequentemente, tais anomalias científicas, perpetradas em nome da ciência e de seu desenvolvimento, justamente em território norte-americano, iniciou um movimento de regulamentação destas práticas, buscando a partir desse momento, proporcionar garantias para que se realizem com regras éticas claras, e que tais experimentos sejam realizados de modo regulamentado, correto, justo; oferecendo uma proteção aos sujeitos da experimentação científica.

É assim que nasce a ideia de se criar um comitê para encontrar princípios éticos que possam ser observados e aplicados quando o

sujeito da pesquisa for um ser humano. Assim:

A comissão tinha como objetivos identificar os princípios éticos básicos norteadores das pesquisas com sujeitos humanos, elaborando diretrizes para assegurar que os estudos pudessem ser conduzidos de acordo com tais princípios, e produzir um documento referente à pesquisa envolvendo seres humanos. Sob essa ótica, a inclusão de populações vulneráveis nas investigações deveria estar plenamente justificada.<sup>18</sup>

Aqueles três casos, citados acima, tornaram-se exemplos clássicos sobre a questão da utilização de seres humanos como sujeitos de pesquisa, provocando uma reação e o início de uma nova percepção de como deveriam ser tratados casos semelhantes que, eventualmente, pudessem vir a ocorrer. De agora em diante, exigia-se uma justificação ética para se utilizar algum sujeito de pesquisa. Caso contrário, a pesquisa não pode ser aprovada moralmente. Antes de continuar, apresentam-se de modo breve os casos acima citados:

1°. Em 1932, no estado americano do Alabama, 400 negros com sífilis foram recrutados a participar de uma pesquisa que iria verificar a “história natural” da doença, e assim foram deixados sem tratamento para observar como a doença progredia naturalmente durante 40 anos. Este episódio ficou conhecido como “o caso Tuskegee”. A pesquisa somente foi interrompida em 1972, após denuncia do jornalista Jean Heller no jornal *The New York Times*.<sup>19</sup>

2°. Entre as décadas de 1950 e 1970, ou seja, por 20 anos, no Hospital Estadual de Willowbrook, na cidade de Nova York, inoculou-se o vírus da hepatite em crianças com deficiência mental para verificar os efeitos da doença.

---

<sup>18</sup> COSTA, Sérgio. O desafio da ética em pesquisa e da bioética. In: DINIZ, Débora; SUGAI, Andréa; GUILHEM, Dirce; SQUINCA, Flávia. (org.) **Ética em pesquisa: Temas globais**. Brasília: LetrasLivres; Editora UnB, 2008, p.34.

<sup>19</sup> Este artigo encontra-se disponível no site do **The New York Times**, com o seguinte título: *Syphilis Victims in U.S. Study Went Untreated for 40 Years; syphilis victims got no therapy*, de 26 de julho de 1972. Para maiores detalhes, pode-se acessar a matéria completa no seguinte link do jornal New York Times: Disponível:<<http://select.nytimes.com/gst/abstract.html?res=F40616F6345A137B93C4AB178CD85F468785F9>>. Acessado em 18 de Agosto de 2013.

3º. Por fim, em 1963, no Hospital Israelita de Doenças Crônicas, em Nova York, foram injetadas células cancerosas vivas em idosos doentes.<sup>20</sup>

Esses são casos que demonstram de maneira clara e absurda a utilização de seres humanos em pesquisas biomédicas, onde qualquer pessoa em seu juízo moral saudável poderia afirmar serem procedimentos totalmente errados e cruéis. Nesses exemplos pode-se observar que se envolvem três tipos de pessoas vulneráveis. Pessoas que tradicionalmente não têm quem as proteja, pois geralmente são excluídas da sociedade. Tradicionalmente os *excluídos* estão mais expostos a esse tipo de pesquisa. Nos casos citados acima, pode-se notar que existem três características que determinam essa vulnerabilidade: a) são pobres excluídos socialmente; b) deficientes ou doentes mentais; e c) idosos. Esses indivíduos, que se encontram numa dessas situações de vulnerabilidade, acabariam caindo em uma categoria na qual a sua condição de efetuar juízo autônomo é prejudicado ou diminuído, além de que a sociedade não tem apressa ou não reconhece essas pessoas num mesmo nível, sendo em geral considerados cidadãos de segunda classe.

Casos semelhantes que se utilizam de seres humanos em pesquisas científicas sem nenhuma consideração ética são exemplos repugnantes do que não deve ser realizado em nome da “ciência”, pois em casos assim, não existe nenhum escrúpulo científico nem metodológico e muito menos moral. Experimentos dessa espécie não demonstraram melhorar nosso conhecimento sobre as doenças e na perspectiva moral feriram as bases do respeito mútuo, pois rebaixaram o ser humano a um mero objeto, sendo esses indivíduos instrumentalizados de maneira mais desumana possível. Assim, pessoas submetidas a essas atrocidades foram desrespeitadas porque nesses casos não se levou em consideração nem a sua dignidade humana (uma consideração ética), nem direitos básicos constitucionais, que se pressupõe que tais pessoas possuam ou tenham adquirido dentro de suas próprias comunidades (consideração jurídica/política).<sup>21</sup> Casos parecidos

---

<sup>20</sup> Este site oferece uma variedade de artigos e links relacionados aos acontecimentos históricos relacionados à bioética. Apresentam-se de maneira cronológica os principais fatos que marcaram a breve história da bioética que se mencionou acima. Disponível em: <<http://www.ghente.org/bioetica>>.

<sup>21</sup> Nessa pesquisa, não se entrará nas discussões sobre casos em que se utilizam animais não-humanos em suas investigações biomédicas e científicas. Se isso é moral ou não, fica para outra discussão. A princípio, a pesquisa com animais não-humanos parece imoral. Apenas se faz menção por não ser um tema

podem ser usados para ilustrar que uma das características básicas ou um dos traços fundamentais da moralidade comum foram descuidados ou mesmo esquecidos, pois não levar em conta a ideia do respeito para com as pessoas é não considerar o indivíduo como portador de direitos básicos como a liberdade de escolher se quer ou não participar de um programa de pesquisa (autonomia entendida como consentimento), ou descuidar da ideia de se procurar fazer o bem ou não causar um dano a um terceiro (não-maleficência e beneficência). Todas essas características morais foram violadas. A ideia de não instrumentalizar, de buscar o melhor resultado ou maximizar os benefícios ao sujeito da pesquisa (beneficência) ou mesmo de não causar um dano (não-maleficência), foram quesitos totalmente desconsiderados nesses casos, tanto quanto a autonomia.

Mas como se poderia frear este tipo de pesquisa que passa por cima de qualquer princípio ou de qualquer moralidade básica? Acredita-se que uma educação moral ajudaria a se superar isso além de que a moralidade comum pode ajudar as pessoas a se tornarem mais prudentes. Além de que, pode-se dizer que de modo inato, se tem certos valores que deveriam ser respeitados. Ligado a essas barbaridades, acredita-se que ninguém possa concordar com experimentos desse tipo e que não existem argumentos razoáveis que possam endossar ou mesmo aceitar experimentos com sujeitos humanos quando estes não concordam ou quando cause danos evitáveis. Defender ideais que instrumentalizam seres humanos, desrespeitando totalmente a sua

---

pacífico ou moralmente neutro, pois há bons argumentos tanto em se continuar a fazer experimentos em animais não-humanos como contra estes experimentos. Para mais esclarecimentos pode-se ler textos de análise filosófica em benefício dos animais In: REGAN, Tom. **Jaulas Vazias: encarando o desafio dos direitos dos animais**. Porto Alegre: Editora Lugano, 2006. RYDER, Richard D. **Speciesism. Victims of Science: the Use of Animals in Research** [1975]. London: Centaur Press; National Anti-vivisection Society, p.1-14, 1983. RYDER, Richard. **Painism: some rules for the civilized experimenter**. In: Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. v.8, n.1, 1999, p.35-42. SINGER, Peter. **Practical Ethics**. 3ª ed. New York: Cambridge University Press, 2011. SINGER, Peter. **Libertação Animal**. Porto Alegre: Lugano, 2004. SINGER, Peter. **Killing Humans and Killing Animals**. In: Inquiry. v.22, 1979, p.145-156,. Contudo, existem também alguns defensores do uso de animais em experimentos científicos. Para mais detalhes, conferir: COHEN, Carl. The Case for the Use of Animal in Biomedical Research. In: **The New England Journal of Medicine**. n.314, 1986, p.865-870. HARRISON, Peter. Do Animal Pain? In: **Philosophy**. v.66, n.255, 1991, p.25-40.



autonomia, sua dignidade e seu direito de não ser prejudicado, certamente são consideradas imorais. Para diminuir e tentar parar com pesquisas desse tipo cria-se a comissão que dará algumas diretivas e princípios básicos que regulam pesquisas dessa natureza.

Dessa forma, o Relatório Belmont nasceu e buscou apresentar alguns princípios éticos básicos, considerados fundamentais, que deveriam nortear as pesquisas biomédicas quando essas utilizassem seres humanos como sujeitos de pesquisa. Deste modo, o documento foi formado por um grupo multidisciplinar. Este grupo eclético buscou e debateu durante quatro anos sobre todas as problemáticas envolvendo a pesquisa com seres humanos e ao fim desse período, chegou a um acordo de quais seriam esses princípios. Tais princípios, segundo a comissão, passariam daí em diante a regular a conduta das pesquisas envolvendo seres humanos. Assim, este comitê produziu uma lista final que elencou três princípios básicos, que são:

- I. O princípio do respeito pelas pessoas;
- II. O princípio da beneficência;
- III. O princípio da justiça;

O relatório chegou assim, via consenso entre os participantes a esses três princípios. Seu principal objetivo é a regulação das ações envolvendo sujeitos humanos em pesquisas comportamentais e biomédicas. Neste documento, se propõe uma concepção de que estes três princípios, por serem enunciados de forma ampla e por sua característica enunciativa ser generalizada, poderiam auxiliar pacientes, cientistas, médicos e cidadãos comuns interessados em entender e participar em assuntos éticos envolvendo seres humanos como sujeitos da pesquisa e, assim, aprender a tratar e agir nestes casos com mais cuidado e respeito.

Uma observação que deve ser feita em nível normativo da teoria, refere-se a que neste mesmo comitê, que produziu o Relatório Belmont, os membros da equipe entendem que os três princípios não são exclusivos, sendo possível afirmar que outros princípios podem ser relevantes. Sendo assim não é uma teoria absolutista. Outra situação curiosa é que os três princípios podem ser insuficientes para casos complexos, pois não se tem a pretensão de fechar a teoria. Conclui-se que esses três princípios não são a panacéia para todos os problemas bioéticos, pois não é possível cobrir todos os eventuais casos que possam aparecer. Importante é notar que a preocupação e a normatização dos princípios são focadas unicamente em casos que

envolvam pesquisas com seres humanos, excluindo a discussão em relação aos animais não humanos e ao meio ambiente, como já foi observado anteriormente.

Com essas ideias, o relatório não buscou, e nem pretende concluir de forma definitiva, as discussões bioéticas. O objetivo do Relatório Belmont antes de mais nada foi fornecer um esquema analítico que guie de alguma forma as decisões biomédicas e possibilite a resolução de questões éticas surgidas de pesquisas que envolvam seres humanos como principal instrumento ou objeto de pesquisa. Sendo assim, seu escopo e alcance são limitados, o que não quer dizer que não tenha valor. Dessa maneira, o que se busca fazer a seguir é mostrar como a comissão que foi constituída para fazer o Relatório Belmont chegou a formulação final contendo os três princípios.

## 1.2 UMA MUDANÇA ÉTICA NO USO DOS SERES HUMANOS NA PESQUISA BIOMÉDICA

Numa reação institucional aos escândalos causados pelos fatos acima descritos, o Governo e o Congresso norte-americano constituíram, em 1974, a *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*.<sup>22</sup> Neste projeto, foi estabelecido como um dos objetivos principais buscar identificar os princípios éticos “básicos” ou “fundamentais” que deveriam conduzir e regular a experimentação com seres humanos. Esta comissão ficou conhecida a partir de então como *Belmont Report*.

O Relatório Belmont nasceu nos Estados Unidos na década de 1970. Mais especificamente em 12 de Julho de 1974 é formada uma comissão para discutir e avaliar e ao fim desenvolver um conjunto de normas que pudessem ser seguidas em pesquisas envolvendo seres humanos, formando desta maneira uma teoria que forneceria os “*Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*”. Esse evento foi organizado no Estado de Maryland, EUA, na

---

<sup>22</sup> Outros Códigos de Ética proeminentes foram produzidos anteriormente. Exemplos disso são: “O Código de Nuremberg, concebido em 1947 e levado a cabo por um grupo que julgava os crimes da Segunda Guerra, e a Declaração de Helsinki, emitido pela Associação Médica Mundial em 1962.” JONSEN, Albert R. On the origins and future of the Belmont Report. In: CHILDRESS, James F. et al. (eds.) **Belmont Revisited: ethical principles for research with human subjects**. Washington DC: Georgetown University Press, 2005, p.3.

*House Belmont*, um centro de conferências do *Smithsonian Institution at Elkridge*, por isso o nome de *Belmont Report*.

Os membros dessa comissão eclética montada pelo Congresso Americano era composta por sete especialistas das mais variadas áreas, desde a medicina, filosofia até a teologia e direito. Esses especialistas procuraram chegar a um acordo mínimo de quais seriam esses princípios básicos e assim propuseram uma lista de quais princípios poderiam ser elencados para compor um inventário mínimo de princípios. No início das discussões da comissão chegou-se a uma lista contendo sete princípios.<sup>23</sup> Um importante nome e único filósofo e bioeticista convocado para participar dessa comissão foi Albert R. Jonsen. Na história do Relatório Belmont, há vários eventos curiosos que no livro *The Birth of Bioethics*, escrito por Jonsen, este explica como foi composto, discutido e elaborado o documento.<sup>24</sup> Fruto de um longo projeto, e com a ajuda e colaboração de várias pessoas, chegou-se em 1978 a elaboração final, que teve como forte influência as ideias de Tristram Engelhardt, sendo que o princípio do respeito pelas pessoas como agente moral livre, foi inspirado diretamente das ideias de Engelhardt. Relacionado a isso, existem ainda as concepções do melhor interesse do sujeito humano envolvido na pesquisa (beneficência), mas é possível notar que dentro da beneficência pressuposta no Relatório Belmont já está contida a não-maleficência, nesse princípio se lê “[...] minimizar dano ao indivíduo da pesquisa, minimizar danos consequentes a outros”<sup>25</sup> e por fim, a ideia da justiça distributiva (justiça) desenvolvido por Beauchamp. Nas palavras de Jonsen: “O Relatório Belmont, como o documento ficou conhecido, foi objeto de longa ruminação depois dos encontros em Belmont.”<sup>26</sup> O documento foi

---

<sup>23</sup> Uma comissão que participou da discussão do Relatório Belmont, Karen Lebacqz, professora de ética cristã na *Pacific School of Religion*, elencou justamente com outros comissários, uma lista de sete princípios que deveriam ser observados em pesquisas com sujeitos humanos: respeito a auto-determinação, benefício individual do sujeito da pesquisa, beneficiar outros indivíduos e grupos presentes ou futuros, minimizar dano ao indivíduo da pesquisa, minimizar danos consequentes a outros, observar a justiça distributiva e justiça compensatória. Para mais detalhes sobre essa lista, verificar: JONSEN, Albert, R. **The birth of bioethics**. New York: Oxford University Press, 1998, p.103.

<sup>24</sup> JONSEN, Albert, R. **The birth of bioethics**. New York: Oxford University Press, 1998.

<sup>25</sup> *Ibidem*, p.103.

<sup>26</sup> *Ibidem*, p.103.

por várias vezes refeito e rediscutido. Assim, depois do Relatório ser compilado e sintetizado por Toulmin em 1976, em 1977 na casa de Jonsen em San Francisco, foi feita uma atualização e uma nova redação foi elaborada no decorrer de dois dias no sótão de Jonsen, com a participação de Brady, Lebacqz, Tolmin e Michael Yesley, no qual se chegou a “versão definitiva” do Relatório, segunda a versão de Jonsen. Assim, chegou-se a ideia final do documento, com a “gordura intelectual cortada” nas palavras de Jonsen. Assim, ficou decidido que são:

Três princípios básicos, entre aqueles que são geralmente aceitos em nossa tradição cultural, que são particularmente relevantes para a ética na pesquisa envolvendo sujeitos humanos: o princípio do respeito pelas pessoas, beneficência e justiça. A aplicação desses princípios gerais levam a três exigências: a de consentimento informado, a avaliação de risco/benefício, e a seleção justa de sujeitos de pesquisa.<sup>27</sup>

A título de curiosidade, vale lembrar que Tom L. Beauchamp, que depois desenvolveu o principialismo juntamente com Childress, participou da equipe que formulou o Relatório Belmont e deu a formulação final da ideia de justiça nesse documento. A querela de quem, afinal de contas, deu a versão final ainda está sendo travada e parece que não há um consenso quanto a isso, ao menos a curto prazo. A paternidade do Relatório Belmont ainda não chegou ao seu fim e são vários os que dizem e afirmam que é a sua versão a que se tornou a oficial e que foi publicada. Essa discussão permanece em aberto.

No entanto, o que mais importa nesse ponto é perceber que três foram os princípios que se aceitaram e passaram a regular as pesquisas científicas a partir de então. Durante todo esse período, se discutiu quais seriam os princípios éticos que deveriam regular a conduta nas pesquisas biomédicas. Acredita-se assim, que dessa forma triádica se encontrou os princípios que daqui para frente deveriam regular todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Pois, após todos os escândalos históricos que marcaram a bioética, finalmente em 1978 publica-se o Relatório, que contém os três princípios básicos ou principais que regulariam a conduta as pesquisas e que deveriam ser seguidos.

A proposta de se fazer um marco regulatório e a sistematização

---

<sup>27</sup> *Ibidem*, p.103-104.

do Relatório deu-se justamente por uma demanda da opinião pública norte americana pedindo por mais respeito e coerência dos pesquisadores e médicos no tratamento dado às pessoas, justamente pelo fato de os pacientes terem cada vez mais adquirido o direito de se posicionar sobre se aceitam ou não os tratamentos médicos oferecidos ou se podem e como podem ser usados em experimentos biomédicos. O uso de embriões, de prisioneiros, de pessoas mentalmente doentes e minorias levaram a iniciar esse movimento em prol dos sujeitados as pesquisas biomédicas e na proteção de seus interesses. A partir deste momento, os pacientes saem de sua posição historicamente passiva e entram num novo período, no qual a relação médico e paciente muda de *status* ganhando um ar contratualista. De agora em diante, o paciente pode tomar suas decisões e deve ser respeitado por elas, desta maneira suas decisões como paciente são levadas em consideração e ele e seu médico podem decidir o que se deve fazer em conjunto.

Essa nova era na relação médico e paciente, fortemente marcada por conquistas derivadas tanto do campo da política, do direito quanto da moral, moldam uma forma nova e ainda pouco explorada de vida em nossa sociedade. A medicina que a partir desse momento começa a ficar marcada pela ideia do contrato, irá transformar a maneira como se exerce e se recebe e se compreende a medicina contemporaneamente. A figura do médico como a última e infalível palavra modifica-se e transforma-se daqui em diante numa relação complementar e o juízo médico técnico torna-se novamente humano, falibilista. De agora em diante, no papel de um especialista, o médico passa a ser a pessoa que nos dá opções, e o cliente/paciente escolhe se compra ou nega suas ofertas/prescrições tendo agora o paciente a sua voz ouvida, sua autonomia respeitada.

Desse modo, essa mudança de relação entre médico e paciente tem várias repercussões. Tanto é assim, que ainda se está apreendendo como se fazer e se portar diante desse novo fenômeno cultural e contratual na medicina. Não se está acostumado a pensar a ação médica como uma função que permita ao paciente decidir (pois como a própria palavra paciente indica, este não deve agir, é passivo, somente deve acatar serenamente a decisão do outro). Contrário a essa ideia do paciente como mero receptáculo das ações médicas, tem-se agora o conceito de agente, que tem a capacidade de fazer, agir, de decidir o que será feito com o seu corpo juntamente com o médico. Cria-se dessa forma uma nova modalidade de pessoa, ou seja, a ideia de paciente moral, o qual deve ser respeitado em suas escolhas e por seus direitos adquiridos historicamente. Assim, somente no caso do indivíduo não

possuir a capacidade real de escolher ou de agir por conta própria, autônoma, é que o agente torna-se paciente. Mas, mesmo assim, deve se consultar seus parentes para saber o que este desejava antes de se encontrar nessa situação. Casos como esses, em que a pessoa não pode expressar suas vontades, são muito comuns e neste ponto parece que o princípio que deve ser observado é o da beneficência. Um caso complicado na aplicação do princípio da beneficência é que este princípio tem uma concepção prévia do que é a vida boa ou o bem para o paciente. Já o princípio do respeito pelas pessoas deve entrar em funcionamento quando o paciente/agente voltar a ter as suas capacidades de decidir novamente reestabelecidas, como uma pessoa que pode dali em diante se relacionar e se posicionar enquanto ser que se autodetermina e escolhe o que é melhor para si. Excetua-se aqui o caso em que o paciente deixa de modo predeterminado a sua vontade expressa, no caso de deixar uma “Declaração Prévia da Vontade do Paciente Terminal” (*living will*). Isso levanta inevitavelmente outros problemas que aqui não serão tratados, referentes aos fins que a própria medicina tem defendido como específicos de sua formação.<sup>28</sup> É possível notar que saber qual princípio deve ser escolhida em cada caso não é tarefa fácil.

Passa-se assim a discutir cada um dos três princípios de maneira detalhada e em suas especificidades dentro do Relatório Belmont e como isso pode ajudar a esclarecer a relevância de se pressupor a independência do princípio da não-maleficência frente à beneficência.

---

<sup>28</sup> Há um excelente artigo de Luciana D. Penalva, especificamente, que trata dessa questão da declaração prévia da vontade do paciente. Nesse caso a autonomia do paciente seria respeitada, pois deixou antecipadamente determinado o que quer para si. Rapidamente cita-se uma passagem que ilustra o papel que a medicina atualmente começa ou deveria a começar a desempenhar: “Todavia, o objetivo último da Medicina já não deve ser percebido como a manutenção da vida a qualquer custo, mas sim a promoção do bem-estar e eliminação do sofrimento. Ainda que salvar vidas continue a ser o princípio condutor máximo, este deve dar precedência à compaixão e ao respeito pelo direito à autodeterminação do paciente. Esse quadro tem levado à reflexão acerca dos direitos do paciente terminal; contemporaneamente questiona-se a existência de um direito de morrer, ou de viver à própria morte.” PENALVA, Luciana Dadalto. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. **Revista bioética**. Brasília: v.17, n.3, 2009, p.523-543, p.529.

### 1.3 O RESPEITO PELAS PESSOAS

Neste item dedicado a esclarecer o princípio do respeito pelas pessoas, duas convicções são endossadas. Primeiramente, que os indivíduos têm que ser tratados como agentes autônomos, capazes de se autodeterminar. Em segundo lugar, que as pessoas com a autonomia reduzida têm o direito à proteção. Esses são os pressupostos, *grossomodo*, como o princípio do respeito pelas pessoas é compreendido dentro do Relatório Belmont. Dentro deste princípio, observam-se então duas características morais distintas: por um lado, a de reconhecer a autonomia e por outro, a de proteger pessoas que tenham a sua autonomia reduzida, prevenindo que um possível dano seja causado. Aqui, já aparece de maneira implícita a ideia da não-maleficência.

Sendo assim, essa característica autonomista dentro da ideia do respeito pelas pessoas acabou ganhando mais atenção, por ser uma das características que mais foram reivindicadas nos últimos séculos, sendo um dos movimentos mais fortes dentro da tradição liberal, sendo que historicamente a era do esclarecimento buscava a emancipação do cidadão. O projeto de transformar as pessoas em juízes de suas próprias vidas é o projeto que se inicia e se busca alcançar desde o iluminismo. Pois é justamente essa ideia do indivíduo ser ator de suas próprias escolhas que foi privilegiada no princípio do respeito pelas pessoas. No Relatório Belmont usa-se o conceito de pessoa sempre ligado com o de ser tratado como um agente autônomo e caso a pessoa tenha essa autonomia reduzida ela deve ser protegida.

Uma observação que se pode fazer neste contexto é que dentro deste princípio do respeito pelas pessoas, dois são os conceitos que serão objetos de discussão: um é o próprio conceito de *pessoa*, o outro, o conceito de *respeito*. Esses dois conceitos, não foram explorados e explicados exaustivamente no Relatório Belmont, sendo discutidos apenas superficialmente. Pois, na verdade, o relatório tem outra função, mais pragmática e funcional e não filosófica, de achar ou buscar as bases de onde derivam esses princípios e as motivações das pessoas em serem boas e justas. Isso deriva, em parte, do fato de que um dos propósitos do próprio Relatório não é se prender a problemas filosóficos e conceituais, sendo uma maneira pragmática de regular as pesquisas biomédicas e dar subsídios a justificar pesquisas bioéticas. A ideia geral era proporcionar um modo claro e simples de decisão para casos envolvendo seres humanos como sujeitos de pesquisa. Portanto, de um modo não muito claro, esses dois conceitos – pessoa e respeito – acabaram por ser deixados de lado nas análises posteriores, não sofrendo

uma revisão rigorosa e profunda. Esse é um trabalho genuinamente filosófico e por isso brevemente se comentará isso aqui. A importância dos conceitos de *respeito* e *pessoa* acabou por ficar relegada a um segundo plano. O que acabou ocorrendo foi uma sobrevalorização da ideia e da discussão sobre o que seria a autonomia. Tanto é assim que a ideia do princípio do respeito pelas pessoas acabou por focar mais a preservação de algum tipo de autonomia do sujeito da pesquisa do que a própria ideia do que venha a ser uma pessoa ou de como respeitar uma pessoa. Assim, no Relatório Belmont, não se explica quais seriam as características mínimas para se definir o que é uma pessoa. Quando um ser humano deixa de ser pessoa? Ou ser simplesmente um ser humano, automaticamente me transforma numa pessoa? Qual seria então o tipo de respeito que devo a uma pessoa?

Assim é interessante problematizar brevemente esses dois conceitos morais distintos no princípio do respeito pelas pessoas: inicialmente o próprio conceito de pessoa que é pouco explorado dentro desta perspectiva ética e em segundo lugar o conceito de respeito.<sup>29</sup> O conceito de pessoa é espinhoso e apresenta várias interpretações. Dependendo da teoria ética adotada, o conceito de pessoa adquire uma propriedade distinta e uma consequência teórica contrária a que inicialmente se esperava. Peter Singer ilustra isso na ideia de se compreender o conceito de pessoa em duas perspectivas: uma seria como unicamente se referindo ao *ser humano*, espécie *Homo sapiens*, a outra seria a pessoa definida como um *ser senciente*. Singer de maneira clara e simples amplia esse conceito de pessoa, desenvolvendo uma forma complementar de compreender esse conceito e mostrando novas perspectivas e de como isso nos levaria a comprometimentos e incoerências que inicialmente não se estava ciente.

De modo coerente, Singer apresenta como o conceito de pessoa é problemático, pois dependendo do modo como esse conceito é apropriado pela teoria ética a decisão parece se modificar durante o processo de escolha. Singer possui uma conceituação *sui generis* do

---

<sup>29</sup> O conceito de respeito pode ser entendido enquanto apreço ou enquanto reconhecimento, sendo esse último o que poderia gerar o núcleo da moralidade. Para mais detalhes sobre essa ideia, conferir os trabalhos desenvolvidos por Stephen Darwall. DARWALL, Stephen. **The Second-Person Standpoint: Morality, Respect, and Accountability**. Harvard University Press, 2009. Conferir tradução de Janyne Sattler, numa organização de Darlei Dall'Agnol. Em: DARWALL, Stephen; GIBBARD, Allan; RAILTON. *Metaética*: algumas tendências. Florianópolis: Editora UFSC, 2013, p.291-314.



conceito de pessoa e que é muito influente. Peter Singer descreve isso da seguinte forma, propondo uma nova caracterização:

[...] esse uso de “pessoa” é, em si, passível de induzir a erro, uma vez que “pessoa” é um termo comumente usado como se tivesse o mesmo significado de “ser humano”. Os termos, porém, não são equivalentes; poderia haver uma pessoa que não fosse membro de nossa espécie. Também poderia haver membros de nossa espécie que não fossem pessoas<sup>30</sup>

Assim, “[...] nem sempre ser “pessoa” significa ser um humano integrante da espécie *Homo sapiens*, do mesmo modo que ser integrante da espécie *Homo sapiens* não necessariamente significa ser pessoa”.<sup>31</sup> Em outras palavras, há seres humanos que não são “pessoas”, da mesma forma que pode haver “pessoas” que não são membros da nossa espécie humana, pois muitos animais possuem uma autoconsciência desenvolvida, o que tem sido evidenciado pela ciência, enquanto que muitos *Homo sapiens* são apenas conscientes, ou mesmo inconscientes, o que os coloca como não sendo uma pessoa no critério adotado pelos tradicionalistas morais. A ironia de Singer é incrivelmente eficaz e incômoda em apresentar um modo de desestabilizar a crença de que somente seres humanos são pessoas, pois toda a tradição possui uma concepção diferente do que a partir da teoria singeriana se compreenderá de maneira completamente diversa o conceito de pessoa.

A partir daí, a concepção proposta por Singer sobre o conceito de “pessoa” não se aplica mais somente a seres humanos, mas também a animais não-humanos, pois alguns destes animais não-humanos também teriam a capacidade de ser autoconscientes e ter a característica marcadamente importante que é a capacidade de sentir *dor* ou *sofrimento*.<sup>32</sup> O grande princípio singeriano que se deriva dessa sua

---

<sup>30</sup> SINGER, Peter. **Ética prática**. 3ª Ed. São Paulo, Ed. Martins Fontes, 2006, p.97.

<sup>31</sup> SINGER, Peter. Peter. **Repensar la vida y la muerte**: el derrumbe de nuestra ética tradicional. Barcelona: Paidós, 1997, p.202.

<sup>32</sup> O princípio da não-maleficência poderia ser inferido nesses casos para tentar resolver isso. Porém, se este princípio se tornasse vago, em nada contribuiria. Para tanto é importante levar em consideração que a não-maleficência se ocupa somente em não causar dano no sentido de não causar dor, pois *o sofrimento é um conceito demasiadamente abrangente*. Por isso é importante ter claro que há

concepção seria o *PICIS*, ou seja, o princípio da igual consideração de interesses semelhantes. Não se entra no mérito da discussão da plausibilidade ou não dessa ideia, apenas se aponta ela como uma maneira interessante de se trabalhar com o conceito de pessoa.<sup>33</sup> Quanto ao *PICIS* citado acima, poderia se argumentar que levar em consideração os interesses de outros animais e levar em conta também o fato de respeitá-los não querendo causar dano a eles implica considerá-los dignos de não serem prejudicados, ou seja, dever-se-ia procurar ser não-maleficente. Esse parece ser o princípio por trás de toda a ética de Singer. Aqui novamente a não-maleficência pode ser inferida e usada como argumento para defender a causa tanto da libertação animal como para evitar a se trazer mais sofrimento ao mundo.

Em suma, quando se utiliza o conceito de pessoa deve-se aqui entender sempre no sentido de um ser humano, seja ele saudável ou não,

---

uma diferença entre *dor* e *sofrimento*. Contudo, parece ser relevante esclarecer o que se entende por dor e sofrimento. Dor se refere neste contexto ao infligir algum dano físico (sem anestesia), corte, perfuração, queimadura, etc, que afeta um receptor nervoso e provoca um estímulo lesivo. Por outro lado, sofrimento caracterizar-se-ia por algum tipo de fenômeno psíquico que desencadearia um tipo diferente de “dor”. Na realidade os fenômenos psíquicos e físicos se tornam obscuros quando se fala em dor de cabeça. Por mais que se afirme que não há um dano físico nesse caso, afirma-se que se tem muita dor. Contudo, se pode sofrer sem se sentir dor e se pode ter dor sem sofrer. Essa tipologia parece afastar certos equívocos, porém não se propõe com isso proporcionar uma definição rígida ou absoluta do que significa a dor. Analiticamente e teoricamente parece ser eficaz e necessário, para se solucionar casos controversos. Segundo uma visão médica, “A dor física (nocicepção) é uma questão biológica, uma vez que sua neurofisiologia é a mesma em todos os seres humanos, porém, sua percepção e sua vivência são culturalmente construídas, isto é, são personalizadas. O sofrimento é mais englobante do que a dor, pois, provoca, essencialmente, redução da qualidade de vida, como resposta negativa, induzida também por medo, ansiedade, estresse, perdas e outros estados psicológicos.” DRUMMOND, José Paulo. Bioética, dor e sofrimento. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v.63, n.2, Abril, 2011, p.35.

<sup>33</sup> Somente cita-se essa ideia, para exemplificar a dificuldade do conceito de “pessoa”, pois a ideia de que animais não-humanos entrariam nessa conceituação abrange e aumenta a classe de seres a serem respeitados como pessoas. Contudo, nesta dissertação não se procurará aprofundar essa discussão, por ultrapassar em demasia o foco da pesquisa, apenas procurou-se apresentar e mostrar a sua importância para o debate. Outra referência a essa discussão seria o livro de Hans Joas. Conferir: JOAS, Hans. **A sacralidade da pessoa: nova genealogia dos direitos humanos**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

autoconsciente ou não e capaz ou não de tomar decisões. Sendo assim, a perspectiva adotada nessa dissertação é ligada a tradição antropocêntrica. No entanto, leva-se grandemente em consideração e respeita-se à discussão e os teóricos que são contra a utilização de animais não-humanos na prática científica. Não é possível fazer aqui uma análise sobre esse tema, pois ultrapassaria o objetivo da atual discussão.

Sendo assim é importante agora voltar ao segundo conceito que foi levantado acima relacionado ao respeito. Esse conceito pode ser visto como se comprometendo com a ideia de uma *reverência* ou *reconhecimento*, que ao fim e ao cabo, daria substância a própria moralidade. O reconhecimento do outro é o trunfo da moralidade, pois sem isso não há como haver respeito. Sem o reconhecimento haveria somente indiferença. Além desses dois conceitos, surge ainda um terceiro elemento, que deriva da ideia do princípio do respeito pelas pessoas, pois agora num mesmo princípio justam-se os dois conceitos, o de respeito e de pessoa. É possível assim ter a oportunidade de se observar como poderia ser compreendido o princípio do respeito pelas pessoas na concepção de outro filósofo ilustre e um dos mais importantes da história da filosofia, Kant.

Para Kant, com sua aguda percepção, a autonomia, a pessoa e o respeito poderiam ser compreendidos numa única lei moral, que seria o Imperativo Categórico na sua fórmula da humanidade. Desta forma, consegue-se analisar todos os elementos envolvidos no princípio do respeito pelas pessoas numa única fórmula. Assim sendo, Kant vê na não instrumentalização um indício de reconhecimento, logo de respeito pela pessoa, entendida essa pessoa como contendo em si mesma a defesa da própria humanidade. Assim, o princípio moral enunciado pelo filósofo de Königsberg, tem a seguinte formulação:

O fundamento desse princípio é: A natureza racional existe como fim em si. [...] O imperativo prático será pois o seguinte: Age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> KANT, Immanuel. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1974, p.229.

Com essa formulação de Kant, parece que algumas dúvidas quanto a como se fundamente esse princípio são esclarecidas, sabe-se que é a razão que fornece essa base. É possível notar, que a ideia principal dos teóricos no Relatório era tirar de Kant a ideia da não instrumentalização das pessoas, juntamente com o respeito pelas pessoas por sua capacidade de deliberar e concordar, ou seja, na ideia de usar a sua autonomia como consentimento. O princípio em si, do modo como é compreendido por Kant é esvaziado e adaptado para o Relatório Belmont. Pois se tratando da análise da autonomia estritamente falando, pode-se verificar como este conceito é compreendido dentro do princípio do respeito pelas pessoas, invocado no Relatório Belmont de modo *sui generis*. Quando se fala que se deve respeitar e tratar os agentes como autônomos, este princípio abre a possibilidade de se interpretar esse princípio, dentro da bioética, como relacionado a não instrumentalizar as pessoas, de respeitar o seu consentimento.

Algumas críticas podem ser feitas a essa interpretação sobre a autonomia afirmando que essa leitura força certa interpretação de Kant. Pois o consentimento não parece ser um elemento natural do Imperativo Categórico. Assim, abrem-se duas perspectivas históricas que estão atreladas a esse conceito. Quando a discussão é sobre a autonomia, surgem algumas ambiguidades que devem ser comentadas e explicitadas para não se incorrer no erro ou na simplificação. Analisando a ideia da autonomia cuidadosamente dentro da perspectiva filosófica e bioética, nota-se que esta apresenta algumas divergências. De modo geral, pode-se dizer que a autonomia no sentido bioético seria a ideia do indivíduo ou agente se autodeterminar, no sentido de consentir com as normas que lhe foram propostas. Nesta concepção, se aceita a ideia de que a pessoa é bem informada e consciente de suas escolhas e das consequências de sua ação. Deste modo, um agente capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir a partir desse pressuposto seria considerado autônomo, pois consente.

Respeitar a autonomia é levar a sério o indivíduo enquanto sujeito capaz de escolher e de não ser influenciado em suas decisões. No Relatório Belmont entende-se que “[...] uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir conforme a sua deliberação.”<sup>35</sup> Desta perspectiva, a autonomia somente

---

<sup>35</sup> **Belmont Report:** ethical principles and guidelines for research involving human subjects. Washington: DHEW Publications, 1978, p.5. Disponível em: <[http://videocast.nih.gov/pdf/ohrp\\_belmont\\_report.pdf](http://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_belmont_report.pdf)>. Acessado em Outubro de 2013.

se torna um problema, quando a ação deliberada desta pessoa se mostre prejudicial a outras pessoas, ou seja, a terceiros, ou potencialmente prejudicial a si mesma, quando o indivíduo pode tentar cometer contra si mesmo um ato suicida, não tendo clareza do que faz. Note-se que nesse ponto a autonomia é restringida pelo princípio de não causar dano, ou seja, *Primum non nocere*. Até esse ponto e da maneira que é descrita essa característica moral, isso não parece apresentar problemas. Contudo, sabe-se que ser uma pessoa autônoma no sentido ético, capaz de saber o que é melhor para si, é uma condição que exige mais do que a mera aceitação de sua autoconsciência e sua capacidade de escolher e deliberar momentaneamente sobre a sua condição atual, pois exige uma reflexão cuidadosa.

A autonomia entendida de uma forma ampla e crítica, pode levar a se pressupor que o uso da autonomia exige um alto grau de esclarecimento, tanto em nível racional, na capacidade de prever as consequências da sua ação, quanto informacional e prático. Isso demandaria por parte do sujeito uma capacidade de compreender as informações corretamente e poder decidir o que é melhor para si de maneira totalmente livre de coerções familiares, sociais ou econômicas.

Um caso complicado para analisar a aplicação da autonomia seria o que utiliza grupos vulneráveis. Um exemplo que ilustra uma dificuldade adicional a essa compreensão, seria o uso de prisioneiros em pesquisas médicas. O uso de pessoas vulneráveis ou grupos fragilizados pode levar a uma distorção da ideia da autonomia. Ou pessoas em condições vulneráveis estão aptas para decidir autonomamente ou qualquer escolha que o indivíduo faz é autônoma? Por um lado, parece que o princípio da autonomia deve respeitar as pessoas enquanto podem ou querem participar ou não de pesquisas biomédicas, de consentirem. A ideia de simplesmente consentir ser o critério da autonomia parece ser demasiadamente econômico, simplista e utilitarista.

Essa visão da autonomia liga-se à ideia que foi muito difundida e debatida, a qual tem John Stuart Mill como seu maior representante.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> Onora O'Neill faz uma leitura muito perspicaz sobre a atual condição da autonomia e de como esse conceito foi sendo apropriada pelo discurso bioético em geral. A principal crítica que O'Neill faz ao conceito de autonomia é a do tipo entendida como autonomia individual. Essa forma de se compreender a autonomia tem ligação direta com Mill e de como esse autor entende esse conceito e o define. Em suma, O'Neill afirma que a autonomia se transformou em mero consentimento informado, na verdade, no triunfo dessa relação, transformando-se num ritual sem sentido, contratual e sem valor algum

Contudo, não se afirma que o próprio Mill concordaria com essa interpretação. No entanto, as suas ideias são geralmente apropriadas e aplicadas dessa forma na realidade. Assim fica a pergunta: podem pessoas que se encontram nessas circunstâncias serem coagidas ou mesmo influenciadas de maneira sutil a participar de pesquisas biomédicas? Esse tipo de consentimento é válido eticamente? Pessoas presas que participassem de uma pesquisa poderiam ter a promessa de terem suas penas reduzidas caso aceitassem participar “voluntariamente” da pesquisa. Esse é um dilema que a autonomia assim compreendida (como mero consentimento sem nenhum refinamento ou como mera escolha) parece conter. Sob o ângulo da autonomia compreendida simplesmente como consentimento, ou como respeito a sua escolha, se acredita na factual possibilidade da realização da ideia de autonomia. Mas essas pessoas são realmente autônomas? Contudo, refletindo um pouco mais e com certo cuidado, é possível perceber que não é tão simples assim essa ideia.

O exemplo dado acima, referente ao caso dos prisioneiros, entendidos como pessoas vulneráveis e suscetíveis a certo sugestionamento e manipulação, são submetidos a exigências que ao fim e ao cabo poderiam sofrer influências em suas escolhas “autônomas”. E por que isso ocorre? Fazer escolhas em situações como essas, de maneira livre e autônoma sem sofrer qualquer tipo de pressão, parece ser irreal ou no mínimo estar-se-ia negligenciando certas razões que deveriam entrar no cálculo e serem analisadas com mais cuidado. Ser autônomo se reduziria a consentir. Portanto, é necessário rever a autonomia como *simplesmente escolha* que o sujeito faz. Pessoas que estejam cumprindo medidas privativas de liberdade ou idosos abandonados em casas de repouso ou qualquer outro exemplo de pessoas abandonadas, ou que pertençam a um grupo de pessoas que possam ser utilizados de maneira instrumental, por estarem em condições sociais ou econômicas vulneráveis, não parecem responder, de maneira apropriada, e utilizar a sua autonomia de modo autônomo. Pessoas que se encontram sujeitadas a essas condições tem suas escolhas comprometidas pela situação que se encontram e não parecem gozar do atributo da autonomia. Usá-los em pesquisas científicas parece ser imoral. Esses são problemas graves quando se discute a autonomia e o respeito pelas pessoas. Para tanto, tem-se que primeiro esclarecer qual

---

na formação da pessoa afetada ou que tem que tomar uma decisão. Para a autora, deve-se rever e modificar essa relação meramente consensual, na busca de algo mais substantivo.

a genealogia da autonomia.

De modo geral existem duas perspectivas principais e historicamente consolidadas na abordagem filosófica sobre o papel da autonomia na moral: a primeira seria a perspectiva da autonomia na ética deontológica de Immanuel Kant, e segunda seria a perspectiva da visão utilitarista liberal clássica, ligada as ideias de John Stuart Mill. O que se quer verificar é como e até que ponto cada uma dessas formulações influenciou o modo como se compreende a autonomia dentro da bioética.<sup>37</sup>

Em suma, a teoria deontológica procura estabelecer uma base de julgamento (normativo) que deveria fornecer um modelo que possa ser seguido de modo claro e “simples” por todos. Assim, acredita-se que a moral compreendida dessa forma ofereceria uma base que poderia ser usada como uma decisão verdadeiramente moral e correta para todos: “O deontologismo opina que as consequências não são decisivas para a bondade ou maldade da ação, mas que esta depende de critérios absolutos.”<sup>38</sup> Essa é uma característica que distingue enormemente uma ética deontológica de uma ética consequencialista. Para uma ética deontológica que se baseia em princípios absolutos, que se consideram como fins em si, as consequências das ações não podem ser tão ou mais importantes do que o princípio mesmo que é dado pela razão. A razão fornece a regra que então passa a ser universalizada. E o que garante a correção da regra é o seu fundamento racional. Segundo Kant, “A *moralidade* é pois a relação das ações com a autonomia da vontade, isto é, com a legislação universal possível por meio das suas máximas. A ação que possa concordar com a autonomia da vontade é *permitida*.”<sup>39</sup> Para compreender isso de maneira mais clara, vale a pena citar como Kant entende a autonomia da vontade e como esse princípio regula a

---

<sup>37</sup> Onora O’Neill tem uma observação pertinente e crítica sobre esse tópico e o papel que a autonomia filosófica desempenha nas discussões contemporâneas. Segundo O’Neill: “Apesar de muitos protagonistas da autonomia na bioética afirmarem que as suas razões morais derivam de Mill ou de Kant, parece-me que isso se liga melhor as visões da autonomia como independência, mais próximas ao século vinte, preocupadas com os estudos sobre a concepção do caráter e da psicologia individual e sobre o desenvolvimento moral, do que com a antiga tradição da filosofia moral.” O’NEILL, Onora. **Autonomy and trust in bioethics**. Cambridge: ed. Cambridge University Press, 2002, p.23.

<sup>38</sup> MORA, José Ferrater. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Edições Loyola, 2000. Tomo I. p.668.

<sup>39</sup> KANT, Immanuel. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1974, p.237-238.

ação do indivíduo:

A autonomia da vontade como princípio supremo da moralidade. Autonomia da vontade é aquela sua propriedade graças à qual ela é para si mesma a sua lei (independentemente da natureza dos objetos do querer). O princípio da autonomia é portanto: não escolher senão de modo a que as máximas da escolha estejam incluídas simultaneamente, no querer mesmo, como lei universal.<sup>40</sup>

Essa passagem mostra como Kant pensa e estrutura a sua arquitetura moral, que é válida para todas as criaturas *racionais* tendo um único princípio – o Imperativo Categórico que é o procedimento que forneceria as leis universais – que regulariam as escolhas morais. Kant é o grande representante dessa vertente moral conhecida como ética deontológica, justamente por pressupor *um* princípio supremo que é o Imperativo Categórico. Mais do que um princípio, o Imperativo Categórico é um método de escolha imparcial para saber qual princípio moral deve ou não ser transformado em lei moral. A forma do Imperativo Categórico, entendido como “lei fundamental da razão prática pura”, pode ser descrito da seguinte maneira: “Age de tal modo que a máxima de tua vontade possa sempre valer ao mesmo tempo como princípio de uma legislação universal.”<sup>41</sup> O que Kant quer mostra com isso é que existe na legislação da vontade um valor que não é passível de relativização ou de cálculo, tendo um valor incondicional, incomparável “[...] cuja avaliação, que qualquer ser racional sobre ele faça, só a palavra *respeito* pode exprimir convenientemente. *Autonomia* é pois o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional.”<sup>42</sup> Tem-se aí o coroamento da autonomia como portador da dignidade do ser humano. Um ser heterônomo não tem tanto valor como um ser autônomo.<sup>43</sup>

---

<sup>40</sup> *Ibidem*, p.238.

<sup>41</sup> KANT, Immanuel. **Crítica da razão prática**. 2 ed. São Paulo, Martins Fontes, 2008, p.51.

<sup>42</sup> KANT, Immanuel. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1974, p.235.

<sup>43</sup> Kant é considerado como um dos mais importantes filósofos, e sua teoria moral tem uma influência forte até os dias de hoje, sendo que suas ideias continuam animando novas adaptações e reapropriações nas formulações éticas contemporâneas e até na bioética. Mais abaixo, serão feitas algumas



Volta-se agora, ao tópico do segundo ponto que foi comentado e apontado acima no que se refere ao modo como John Stuart Mill compreende a autonomia. Mill faz parte de um grupo de pensadores que poderia ser qualificado como pertencendo a classe dos liberais políticos. No entanto, segundo alguns estudiosos da obra de Mill, este pode ser melhor qualificado como um liberal-socialista.<sup>44</sup> Nessa esteira, o autor de *A liberdade* e do livro *Utilitarismo*, é um defensor dos ideais da autonomia, da individualidade, da liberdade e da felicidade. Com esses elementos, Mill pensa que o ser humano pode se realizar plenamente como humano e não apenas como uma mera besta. Se o ser humano, em geral, busca realizar o seu ideal de querer melhorar intelectualmente, com certeza aumenta a sua chance de alcançar o prazer e a felicidade, pois os prazeres intelectuais são mais elevados que os prazeres inferiores:

É melhor ser uma criatura humana insatisfeita do que um porco satisfeito; é melhor ser Sócrates insatisfeito do que um tolo satisfeito. E se o tolo ou o porco têm opinião diversa, é porque conhecem apenas um lado da questão: o seu. A outra parte, em compensação, conhece os dois lados.<sup>45</sup>

Na concepção de Mill, para se ter uma vida elevada e digna, deve-se caminhar cada vez mais para próximo do ideal da autonomia, assim ir-se-ia aproximando da liberdade, e buscando o aperfeiçoamento intelectual, as pessoas tornar-se-iam mais felizes.

Em uma de suas mais citadas e conhecidas passagens, na qual defende a liberdade e a autonomia, Mill descreve que se pode apenas

---

considerações sobre como a teoria kantiana foi reformulada para se adaptar aos problemas bioéticos, tendo Onora O'Neill como renovadora da teoria kantiana.

<sup>44</sup> Norberto Bobbio esclarece isso da seguinte forma: “Provavelmente foi o filósofo inglês J. S. Mill o primeiro entre os teóricos do liberalismo a ressaltar, no contexto da concepção liberal do Estado, algumas instâncias colocadas pelo socialismo pré-marxista europeu: especificamente, a exigência de uma repartição justa da produção entre todos os membros da sociedade, a eliminação dos privilégios de nascimento e a substituição gradual do egoísmo do indivíduo que trabalha e acumula unicamente em benefício próprio por um novo espírito comunitário. Além disso, enfatizando com clareza a distinção entre ciência e política econômica e aceitando intervenções estatais na economia.” BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. Brasília: Editora UNB, 1991, Vol. 2, p.705.

<sup>45</sup> MILL, John Stuart. **Utilitarismo**. São Paulo: Martins Fontes, 2000, p.191.

interferir num único caso específico, que seria quando se defende a autoproteção, nos demais casos o indivíduo deve ser resguardado de todo e qualquer tipo de influência:

[...] sustentar um princípio bastante simples, capaz de governar absolutamente as relações da sociedade com o indivíduo no que diz respeito à compulsão e ao controle, quer os meios empregados sejam os da força física sob a forma de penalidades legais, quer a coerção moral da opinião pública. Esse princípio é o de que a autoproteção constitui a única finalidade pela qual se garante à humanidade, individual ou coletivamente, interferir na liberdade de ação de qualquer um. O único propósito de se exercer legitimamente o poder sobre qualquer membro de uma comunidade civilizada, contra a sua vontade, *é evitar dano aos demais*. Seu próprio bem, físico ou moral, não é garantia suficiente. Não se pode ser legitimamente compelido a fazer ou deixar de fazer por ser melhor para ele, porque o fará feliz, porque, na opinião dos outros, fazê-lo seria sábio ou mesmo acertado. Essas são boas razões para advertir, contestar, persuadir, instar, mas não para compelir ou castigar quando procede de outra forma. Para justificar esse exercício de poder, é preciso mostrar-lhe que a conduta que se pretende impedi-lo de ter produzirá mal a outrem. A única parte da conduta de cada um, pela qual é responsável perante a sociedade, é a que diz respeito a outros. Na parte que diz respeito apenas a si mesmo, sua independência é, de direito absoluta. Sobre si mesmo, sobre seu corpo e mente, o indivíduo é soberano.<sup>46</sup>

Em suma, poderia se afirmar que apesar de Mill não fazer uma referência explícita e uma conceituação clara sobre o que entenda pela autonomia em si, ele se refere indiretamente a tal conceito e defende que esse ideal deve ser resguardado para que o indivíduo seja respeitado e possa encontrar a felicidade ao seu modo e possa dessa maneira construir uma sociedade mais forte, solidária e capaz de se desenvolver

---

<sup>46</sup> MILL, John Stuart. **A liberdade**. São Paulo: Martins Fontes, 2000, p.17-18. (grifo meu).

de maneira coerente. Mas algo curioso de tudo isso é a pressuposição de se fazer uma interferência em nome de “[...] *evitar dano aos demais*.”<sup>47</sup> Implícito a esse fato, está o princípio da não-maleficência que é o único princípio legítimo para se diminuir a autonomia de uma pessoa. Assim, de novo, aparece mais um elemento que demonstra a importância da prioridade desse princípio. É possível notar uma prioridade da não-maleficência sobre a autonomia nesse sentido milliano, quando se mostra ou é visível que se causará algum dano a outro. Nesses casos a não-maleficência se sobressai. Mill parece mostrar isso quando se refere a autonomia, indicando com isso uma forma de o indivíduo se autodeterminar, ou seja, de fazer as suas próprias escolhas individuais sem ser manipulado por uma vontade exterior ou alheia, excetuando-se quando pode *evitar um dano intencional ao outros*. Indivíduos que agem por hábitos ou costumes sem se questionar, seriam, na concepção milliana, não autônomos e aproximar-se-iam a símios engravatados.<sup>48</sup> Como pode ser inferido dessa passagem, uma pessoa que age dessa maneira, automaticamente, sem vontade própria, se aproxima mais de um animal e de um autômato, passando a ser visto mais como um tolo do que como um ser humano autônomo.

Toda e qualquer formas de controle social, ou qualquer forma de paternalismo, impedem a autonomia dos indivíduos, justamente transformando esses homens em símios ou em cães servís. O que se espera de um ser humano na posse de todas as suas capacidades e vontades intelectuais é outra coisa, segundo Mill. Espera-se que esse possa pensar e agir livremente, criticamente, e deve-se para isso liberar e ensinar os jovens a se aventurarem pelos próprios pensamentos. Ensinar a pensar com responsabilidade e perspicácia, não atemorizando ou ameaçando a juventude, mas sim oferecer a chance de se desenvolverem criticamente, esse seria o projeto da autonomia milliano. Sendo que estas características deveriam ser sempre estimuladas e aumentadas no ser humano e numa sociedade utilitarista, podendo unicamente ser censurado se a sua ação for prejudicar ou causar dano intencionalmente a outros. E nesse caso o princípio da não-maleficência teria uma prioridade cronológica sobre a autonomia. Com essas breves

---

<sup>47</sup> *Ibidem*, p.17. (grifo meu).

<sup>48</sup> Provavelmente Franz Kafka leu essas páginas de Mill e o inspirou para escrever o seu conto “*Um relatório para a academia*” (1917) no qual conta a vida pregressa de Pedro Rubro, um macaco domesticado que é estudado pelos acadêmicos da universidade. Conferir: KAFKA, F. **Um médico rural**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

considerações, apenas buscou-se mostrar que há diferenças na abordagem de cada um dos dois autores clássicos sobre como é possível se apropriar do conceito da autonomia. Não se pretende nessa dissertação aprofundar o princípio da autonomia em si.<sup>49</sup>

Antes de continuar, parece ser interessante passar em revista as duas maneiras de compreender a autonomia numa perspectiva renovada. Existem propostas de releituras tentando aproximar de forma mais coerente as perspectivas históricas de Kant e Mill. Assim tenta-se discutir com o auxílio desses filósofos os casos biomédicos com uma releitura contextualizada aos problemas atuais da bioética. Um exemplo dessa tentativa é Onora O'Neill. O conceito de autonomia na ideia original de Kant, foi retrabalhado e reestruturado por Onora O'Neill. Essa autora procurou retirar algumas das pressuposições metafísicas que existem na ideia de Kant. Agindo assim, pensa-se conseguir descomprometer a nova teoria com a velha metafísica que ronda a teoria kantiana. O'Neill, oferece uma reformulação da teoria kantiana e procura quais aspectos são interessantes serem resguardados. Desta forma, e já se adverte que não se visa aqui neste trabalho fazer uma exegética sobre a questão de qual é a interpretação correta sobre o conceito de autonomia tanto em Kant como em Mill, ela faz algumas críticas ao modelo de autonomia que acabou se impondo na bioética. Entende-se que há uma longa e erudita tradição sobre este assunto, bem como diversas leituras diferenciadas de como se deveria entender tradicionalmente este conceito tanto em Kant como em Mill. Desta forma, o que se procura fazer aqui é apenas apresentar de modo breve o modo como O'Neill se apropria dessa ideia e a aplica da bioética.

Para a autora, mais do que qualquer coisa, Kant preocupa-se em expressar um requisito pelo qual o princípio da autonomia pudesse ser escolhido por todos. Segundo essa ideia, isto levaria a afirmar um tipo específico de autonomia baseada em princípios, que seria universalizável, ou tornar-se-ia uma lei universal. Desta forma, no capítulo quatro de seu livro *Autonomy and trust in bioethics*, com a sugestiva análise das falhas da autonomia, O'Neill se dedica a compreender e a discutir o princípio da autonomia entendido como autonomia individual.<sup>50</sup> No início do capítulo quarto, intitulado

---

<sup>49</sup> No próximo capítulo, retoma-se esse assunto da autonomia, mas dentro da perspectiva construída por Beauchamp e Childress ligado-o ao principialismo, sendo entendido como um consentimento informado, livre e esclarecido.

<sup>50</sup> A principal crítica que O'Neill faz ao conceito de autonomia é a do tipo entendida como autonomia individual. Essa teria ligação com a forma como

*Principled autonomy*, O'Neill comenta que: "Por si só, já argumentei, que concepções de autonomia individual não podem fornecer um ponto de partida suficiente e convincente para a bioética, ou mesmo para a ética médica."<sup>51</sup> A autora é consciente de que se for adotar a concepção de autonomia individualista, que acabou se impondo historicamente, essa maneira de pensar iria levar a ruína a autonomia entendida como autodeterminação. Essa ideia individualista é fruto da adoção da concepção milliana da autonomia.

Assim, levando em consideração o modo como O'Neill divide o conceito de autonomia, ela se refere numa passagem ao modo como kantianamente isso poderia ser entendido:

Contudo, a autonomia baseada em princípio (*principled autonomy*) é mais exigente que a autonomia individual. Para Kant, o termo autonomia ou auto-legislação (*Selbstgesetzgebung*) não é, creio, entendida como uma legislação por um agente individual ou um eu, uma ideia que expressa uma versão extrema (provavelmente incoerente) da autonomia individual. Uma leitura melhor da ideia de Kant da *auto-legislação* poderia ver o elemento *auto* em *auto-legislação* simplesmente como um termo reflexivo. A auto-legislação é legislação que não se refere a alguma coisa ou que deriva de algo, é uma legislação não-derivativa. [...] Como Kant percebeu, os princípios éticos fundamentais pressupõem apenas o que é preciso para ser um princípio para todos. Ele [Kant], portanto, baseia o seu raciocínio ético sobre o ideal de se viver por princípios que, ao menos, *poderiam* ser princípios ou leis para todos e que tem a *forma de lei*.<sup>52</sup>

---

Mill entende a autonomia. Em suma, O'Neill afirma que a autonomia se transformou em mero consentimento informado, na verdade, no triunfo dessa relação, transformando-se num ritual sem sentido, contratual, sem valor algum na formação do afetado. Não que isso não tenha valor algum, mas é necessário, segundo a autora, complementar essa atitude. Ela defende que a autonomia deveria transformar essa prática numa verdadeira forma de florescimento humano, realizando assim todas as suas promessas de libertação e na busca do bem estar humano.

<sup>51</sup> O'NEILL, Onora. **Autonomy and trust in bioethics**. Cambridge: ed. Cambridge University Press, 2002, p.73.

<sup>52</sup> *Ibidem*, p.85.

Assim, para ser autônomo num sentido mais completo e não meramente individualista, teria que existir uma reciprocidade, um reconhecimento por parte de todos de que este é um princípio que deve ser endossado e praticado universalmente. Cientes de que há dois tipos autonomia, ou seja, a autonomia individual e a autonomia baseada em princípio, a concepção de base kantiana que O'Neill procura observar é o princípio da autonomia baseado em princípios, pois a autonomia individual tem falhas e lacunas que aparentemente não são fáceis de superar. Contudo, se chega a uma consideração inicial curiosa, ou seja, de que a concepção kantiana de autonomia – autonomia baseada em princípio –, como comumente é compreendida, não seria sobre a livre escolha de um *eu* (como comumente é interpretado), mas sim de saber como (*know-how*), no qual exige antes de tudo saber dirigir de maneira apropriada as ações morais, fazendo com que as outras pessoas a adotem, ligando-se assim a sua forma moral e, não, ao seu conteúdo. Prioriza-se nesse caso o método que permite derivar leis morais e não as leis retiradas desse método. O procedimento formal (a capacidade de ser universalizável) é mais importante do que as máximas retiradas desse sistema normativo.

A autonomia individual por outro lado, não é tão ampla como a autonomia baseada em princípio e ao fim e ao cabo, a ideia individualista da autonomia acabaria por solapar a confiança na própria ideia de autonomia na bioética. Percebe-se que aqui se tem um ganho na ideia sobre a concepção da autonomia e como isso deve ser adequado para não se cair na armadilha individualista da autonomia. Aqui é importante salientar, pelo menos de maneira sintética, como O'Neill pretende restabelecer a confiança na autonomia.

O que se necessita na realidade bioética, seria o restabelecimento da confiança. Isso só parece ser possível, pelo viés de uma autonomia baseada em princípios e não na autonomia meramente individualista, mercantilizada. Nesse caso, as pessoas teriam um modelo básico (ao estilo de uma moralidade comum) onde todos veriam qual é a conduta tomada pelos profissionais e se sentiriam mais seguros de serem cuidados por eles no caso de ficarem doentes ou vulneráveis. Simplesmente jogar a escolha para que o indivíduo se autodetermine parece deixar as pessoas mais infelizes e inseguras, pois não sabem se autodeterminar. Pois, geralmente, nesses casos as pessoas já estão fragilizadas, encontram-se mais inseguras e desestabilizadas. Pedir para a pessoa em casos como esse que façam um julgamento ponderado, esclarecido, autônomo, não é uma tarefa fácil e muito menos razoável. Não se tem uma resposta fácil nem um modelo de como isso deve ou

pode ser feito para ser superado. Contudo, parece ser razoáveis as observações de O'Neill quanto a ideia de que a autonomia individual é a que acabou imperando na prática médica e que esse modelo leva a mais problemas que a soluções. No entanto, a autonomia individual levou a resultados negativos, tanto que a confiança se perdeu nesse processo.

Para restabelecer a confiança nos procedimentos médicos algo deve ser feito. E para reforçar isso O'Neill utiliza-se de Kant com a sua ideia de autonomia baseada em princípio. Todavia, para endossar a tese de Kant com a sua máxima "Age de tal modo que a máxima de tua vontade possa sempre valer ao mesmo tempo como princípio de uma legislação universal"<sup>53</sup> pode ser de grande valia compreender a autonomia kantiana na releitura que O'Neill faz do filósofo de Königsberg e segundo a interpretação de Jerome B. Schneewind tem sobre onde se funda a moralidade kantiana:

[...] a moralidade se centra em uma lei que os seres humanos impõem a si próprios, necessariamente se proporcionando, ao fazê-lo, um motivo para obedecer. Os agentes que são desse modo moralmente autogovernados Kant chama de autônomos.<sup>54</sup>

Sendo assim, Kant inventou a concepção de moralidade como princípio da autonomia. Como a construção kantiana é apenas formal o que se exige é respeito pela humanidade. Essa seria a ideia proposta pelo princípio de autonomia de Kant e como O'Neill parece também aceitar. Esta forma de concepção da ética kantiana dá-se pela famosa fórmula da autonomia, que é uma das três versões do imperativo categórico: "[...] não escolher senão de modo a que as máximas da escolha estejam incluídas simultaneamente no querer mesmo, como lei universal".<sup>55</sup> Essa ideia da moral como autonomia é a grande transformação operada por Kant. Não é por acaso que a partir deste momento, a concepção de ser uma pessoa autônoma diferencia-se da mera escolha individual, da ideia de uma autonomia individualista, e se transforma numa lei geral que possa ser *aceita por todos*, sendo justificados *recíproca* e

---

<sup>53</sup> KANT, Immanuel. **Crítica da razão prática**. 2 ed. São Paulo, Martins Fontes, 2008, p.51.

<sup>54</sup> SCHNEEWIND, Jerome B. **A invenção da autonomia**. São Leopoldo: ed. Unisinos, 2005, p.527.

<sup>55</sup> KANT, Immanuel. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. São Paulo: ed. Abril Cultural, 1973. p.238.

*universalmente*.<sup>56</sup> Assim, para ser consequente com essa ideia, a justificação dos princípios é válida ainda que *nem todos* os participantes a endossem. A universalidade aqui não precisa ser *estrita* ou *plena*, visto que se encontra num nível mais empírico e factual – esperar sempre a unanimidade nos resultados das decisões morais ou éticas seria absurdo – a universalidade aqui pode ser *restringida* ou *parcial* (pode ser a expressão da maioria em determinado contexto, bioético nesse caso). Essa seria a visão mais realista levando em consideração a aplicação da teoria na prática. Essa parece ser uma reapropriação mais coerente com o atual modelo bioético no qual vivemos.

O'Neill, com essa diferenciação no conceito de autonomia, acredita conseguir sanar alguns dos problemas dos quais acusa-se a ética e a bioética. Se deixar a cargo do indivíduo decidir o que ele quer, isso somente levará a mais desentendimentos, sendo necessário ancorar a ideia da autonomia em algo que possa ser compartilhado por uma maioria, reciprocamente e universalmente. As críticas feitas por serem demasiadamente abstrata ou teórica perdem sentido, pois agora há um método de teste para analisar se são ou não partes razoáveis na escolha de princípios morais autônomos. Com sua ideia de renovar a ideia kantiana, Onora O'Neill crê poder contribuir de modo significativo nessa discussão, pois, com os sujeitos tendo que assumir suas responsabilidades, estariam agora sendo co-participes, ou seja, sujeitos e não apenas sujeitados às regras éticas, sendo agora justificados por eles mesmos reciprocamente. Pensa-se que assim, estariam exercendo a sua autonomia de princípio, e não meramente a autonomia individual.

Em relação à autonomia em John Stuart Mill, pode-se resumir sua postura da seguinte maneira: a autonomia que é discutida e formulada por John Stuart Mill é a autonomia do indivíduo, ou seja, individualista. Devemos a Mill, a defesa e disseminação desta visão da

---

<sup>56</sup> Um conceito importante a ser esclarecido aqui é o conceito kantiano de “razão prática”. A “razão prática” como deve ser entendida aqui, não implica endossar as teses completas da ética kantiana, mas sim adotar uma releitura esvaziada, readaptada e atualizada de certos conceitos de Kant, assim, por exemplo, “razão prática” significa “[...] capacidade de pessoas razoáveis de fornecerem boas razões para normas (legitimadoras da ação) em cada um dos contextos apropriados. A razão prática é entendida num sentido não metafísico como uma razão em contextos intersubjetivos.” Assim, somente aquelas normas que podem ser justificadas *recíproca* e *universalmente* podem reivindicar validade universal. Para mais detalhes conferir: FORST, Rainer. **Contextos da justiça**: filosofia política para além de liberalismo e comunitarismo. São Paulo: Boitempo, 2010. p.107.



autonomia individual:

A única parte da conduta de cada um, pela qual é responsável perante a sociedade, é a que diz respeito a outros. Na parte que diz respeito apenas a si mesmo, sua independência é, de direito absoluta. Sobre si mesmo, sobre seu corpo e mente, o indivíduo é soberano.<sup>57</sup>

Para este filósofo, a autonomia seria o indivíduo ser liberado de qualquer influência externa, seja sobre seu corpo ou sobre a sua mente. Assim, sobre si próprio, nenhum indivíduo, a não ser ele mesmo, pode se intrometer, excetuando-se quando esse ameace prejudicar terceiros. Uma observação pertinente nesse ponto é que para Mill existe então um princípio moral comum, social e outra que seria privado, de foro interno. Esse uso privado é a própria autonomia no sentido individualista, já o princípio social poderia ser visto como o próprio princípio da não-maleficência. O que se quer com essa concepção da autonomia individualista é oportunizar que as pessoas de maneira particularizada e de modo distintos possam ter a possibilidade de se desenvolverem o máximo que conseguirem, tanto em nível intelectual quanto físico.

É importante salientar que Mill foi o primeiro a se referir a uma perspectiva naturalizada das ações humanas. Assim, a teoria da autonomia milliana não quer descobrir o funcionamento ou como as escolhas são motivadas, como ocorria em Kant. Nesta perspectiva naturalista, a ação humana crê Mill, para ser considerada autônoma, depende de estados naturais, dos sentimentos de felicidade e também da capacidade de sentir dor ou prazer. Sair dessas categorias levaria ao esoterismo, uma vez que não encontram uma solução natural para explicar o seu fenômeno. Com essa concepção naturalista, o utilitarista afasta-se de especulações metafísicas. Pois, segundo essa doutrina, estas especulações não fornecem conhecimentos seguros, seriam ilusões, puras ficções para dominar mentes fracas.

Mas, o que torna essa visão autônoma individual tão fascinante para os dias de hoje? A famosa frase inscrita na obra *A liberdade* de Mill, sintetiza o espírito da época e de toda a tradição utilitarista liberal. A famosa passagem afirma: “Sobre si mesmo, sobre seu corpo e mente, o indivíduo é soberano”<sup>58</sup> sintetiza o espírito de nossa época. Assim, se consolida a tradição da autonomia individual, como dono de si mesmo.

---

<sup>57</sup> MILL, John Stuart. **A liberdade**. São Paulo: Martins Fontes, 2000, p.17-18.

<sup>58</sup> *Ibidem*, p.18.

Esse lema, ainda traduz bem o espírito de nosso próprio tempo.

Mas deve-se deixar claro que tal *leitmotiv*, é somente válido na esfera privada, ou seja, aquela que diz respeito a si mesmo. Pois no que diz respeito à conduta em sociedade é proibido ao indivíduo causar danos a um terceiro. Lúcido e consciente desse fato, Mill escreve: “A única parte da conduta de cada um, pela qual é responsável perante a sociedade, é a que diz respeito a outros”.<sup>59</sup> O dano a um terceiro é condenável e condenado perante a sociedade e a lei.

No entanto, devem-se deixar as coisas claras neste ponto: “Mill quase nunca usa a palavra *autonomia*. [...] somente há uma passagem que se refere à autonomia *do estado* e nenhuma a autonomia *individual* em seus escritos”.<sup>60</sup> Em suma, para ser honesto com a concepção milliana de autonomia, não se pode inferir como se Mill se prendesse fortemente a um discurso individual, egoísta, mas sim, no qual ele estaria preocupado com a relação do indivíduo dentro do estado e de como o indivíduo pode se desenvolver dentro deste contexto, pois caso se controle em demasia, o que o indivíduo pode ou não apreender, exerce-se um controle injustificável por parte do Estado.

Como se comentou acima, Mill queria aumentar a possibilidade dos indivíduos se autodesenvolverem livremente. Somente assim, teriam a oportunidade de se sobressaírem à média geral e poder contribuir para uma sociedade mais plural. É dessa forma que a sua ideia de indivíduo livre, autônomo, sairia das amarras sociais ou mentais impostas pela sociedade. Assim, poderia aumentar suas capacidades enquanto cidadão e ajudar a criar uma sociedade melhor e mais eficiente. Para tanto, nada melhor do que deixar o indivíduo ser livre de qualquer ação exterior, deixando ele ser o seu criador, ou seja, seu *self made man*.

Em geral, levantam-se comumente, e talvez até injustamente, críticas a sua compreensão de autonomia. Cita-se, aqui, três observações críticas comumente direcionadas à autonomia milliana:

I. Individualismo (pois parece que não existe um ser humano atomizado socialmente – as atitudes e ações humanas são sempre relacionais);

II. Naturalismo (por ser simplista, não consegue explicar claramente como acontecem as relações autônomas, apelando para uma psicologia de crenças/desejos);

---

<sup>59</sup> *Ibidem*, p.18.

<sup>60</sup> O’NEILL, Onora. **Autonomy and trust in bioethics**. Cambridge: ed. Cambridge University Press, 2002, p.30.

### III. Visão comercial, privada, consumista, mercadológica sobre a ideia da autonomia.

Com estes comentários sobre a autonomia em ambas as perspectivas, tanto kantiana como milliana, parece que se podem tirar algumas conclusões. A primeira, é que este conceito tem uma longa história, e que um de seus mais importantes formuladores modernos é Kant, juntamente com Stuart Mill.<sup>61</sup> Todavia, cada uma levando a direções diferentes e de certo modo, opostas. Em Mill, o conceito de autonomia se aplica principalmente a ideia de autogoverno, ligado a como cidadãos devem se comportar. Assim, a versão de Mill da autonomia consideraria que os indivíduos não estariam meramente escolhendo e implementando qualquer desejo que tenham em um momento determinado, mas estariam fazendo escolhas de determinado desejos, refletindo e selecionado entre eles de maneira diferenciada aumentando as chances da pluralidade de ideias. Enquanto que a concepção da autonomia de princípio em Kant, nunca se refere a *indivíduos*<sup>62</sup> autônomos, mas sim, a seres autônomos, pois para Kant todo ser racional pode alcançá-la. A autonomia kantiana se manifesta em uma vida na qual se encontram deveres e no qual existe respeito pelo outros e por seus direitos. A segunda consideração é que este conceito está longe de ter uma aceitação unânime. Porém, parece suficiente observar o modo como este conceito é compreendido em suas duas

---

<sup>61</sup> Para fazer essa longa empreitada filosófica vale a pena consultar o livro de Jerome Schneewind, *A invenção da autonomia*. Segundo o autor, para se compreender de maneira minimamente conveniente a autonomia na história da filosofia “Devemos tentar não somente situá-lo nos contextos *intelectuais, sociais, políticos e religiosos* dos quais seus criadores estavam conscientes, mas também entendê-lo através dos vocabulários que eles próprios utilizaram ou poderiam ter utilizado.” Conferir: SCHNEEWIND, Jerome B. **A invenção da autonomia**. São Leopoldo: ed. Unisinos, 2005, p.18. (Grifo meu). É importante notar aqui, a importância de se ter um “contextualismo histórico interpretativo”, na interpretação dos conceitos, para se evitar possíveis interpretações anacrônicas.

<sup>62</sup> Segundo O'Neill, “[...] deve-se rechaçar os princípios que não possam servir para uma pluralidade de agentes: a ideia é que o princípio moral tem que ser um princípio para todos. A moralidade começa com o rechaço dos princípios não universais. Essa ideia se formula como uma exigência, que Kant denomina “o imperativo categórico”, ou em termos mais gerais de Lei moral.” O'NEILL, Onora. *La ética kantiana*. In: SINGER, Peter. **Compendio de ética**. Madrid: ed. Alianza editorial, 1995, p.255.

facetas clássicas (Kant e Mill), pois dependendo da perspectiva adotada pode se chegar a conclusões muito diferentes no caso das escolhas éticas quando se adota um dos dois modelos. No entanto, é pertinente frisar e repetir como Onora O'Neill o fez que atualmente essa discussão entre Kant e Mill se perdeu. Pois:

Apesar de muitos protagonistas da autonomia na bioética afirmarem que as suas razões morais derivam de Mill ou de Kant, parece-me que isso se liga melhor as visões da autonomia como independência, mais próximas ao século vinte, preocupadas com os estudos sobre a concepção do caráter e da psicologia individual e sobre o desenvolvimento moral, do que com a antiga tradição da filosofia moral.<sup>63</sup>

Com essa discussão, espera-se ter clarificado ao menos as origens das concepções sobre a autonomia e ter esclarecido o escopo e da cada uma das duas vertentes. E o mais importante, perceber que a não-maleficência tem uma prioridade no caso da autonomia milliana, quando se relaciona a um prejuízo social.

#### 1.4 O PRINCÍPIO DA BENEFICÊNCIA

Tradicionalmente, na ética, faz-se a divisão em deveres de beneficência e deveres de não-maleficência. Desta forma, sempre se está rodando dentro de uma dessas duas tipificações éticas gerais – beneficentes ou não-maleficentes – formando um quadro referencial básico de deveres éticos. Assim, as pessoas são tratadas eticamente não somente quando respeitam as suas decisões autônomas, mas também quando são resguardadas de possíveis danos, ou quando é garantido o seu bem-estar. Estas são demandas que o princípio da não-maleficência exige, ou seja, não causar dano a ninguém, por outro lado, a beneficência busca fazer o bem aos outros.

A beneficência de modo geral, abrange situações como a bondade ou a caridade, que são atos que ultrapassam obrigações de modo estrito. Assim, poderiam parecer não ter nenhuma demanda ética que as obrigasse a serem observadas, pois não sou obrigado a ajudar

---

<sup>63</sup> O'NEILL, Onora. **Autonomy and trust in bioethics**. Cambridge: ed. Cambridge University Press, 2002, p.23.

uma pessoa a atravessar a rua. No entanto, no Relatório Belmont, o princípio da beneficência tem um aspecto mais rígido, sendo considerada uma obrigação, pois os atos que possam maximizar benefícios devem ser realizados obrigatoriamente. Assim, este princípio é descrito como tendo dois quesitos que devem ser realizados: “Duas regras gerais têm sido formuladas como expressões complementares de ações beneficentes nesse sentido: (1) não causar dano e (2) maximizar possíveis benefícios e minimizar possíveis danos.”<sup>64</sup> Deve-se, assim, dentro da ideia do Relatório Belmont, buscar garantir o bem-estar das pessoas, observando que implicitamente o não causar o dano é um elemento dentro do princípio da beneficência.

Possivelmente você já percebeu que esse princípio possui duas partes e uma delas é a não-maleficência. Mas por que aqui não se transformou num princípio independente? Nota-se que há dentro desse princípio da beneficência a ideia da não-maleficência contida na formulação geral. Inicialmente, pode parecer que o desmembramento de um princípio em outro seria interessante, porém, isso poderia aumentar a confusão, argumentam alguns teóricos. Quanto mais princípios mais comprometimentos teóricos e menos simplicidade, pois há mais elementos a serem considerados.

Essa constatação científicista, aponta que uma teoria vai na direção contrária da simplicidade quando mais princípios adota. Por que ter uma teoria complexa se uma teoria simples explica o mesmo fenômeno e com menos princípios? A simplicidade e elegância explicativa são atrativos que devem ser levados em conta em qualquer tipo de teoria. Isso justamente corrobora um dos pressupostos da ciência moderna que é a navalha de Ockham. Contudo, não parece ser óbvio por si só, que pressupor um princípio a mais numa teoria obscureça ou venha a complicar a sua capacidade explicativa. Pelo contrário, um dos elementos de qualquer teoria científica ou ética é aumentar seu poder explicativo. Se para se conseguir isso for necessário decompor ou pressupor mais um princípio, isso parece ser além de desejável, necessário para refinar a teoria e aumentar o seu poder explicativo.

Desta forma, quando se analisa o princípio da beneficência dentro do Relatório Belmont, conceitos importantes e complicados são exigidos: primeiramente, a ideia de dano é complexa, sendo necessário

---

<sup>64</sup> **Belmont Report:** ethical principles and guidelines for research involving human subjects. Washington: DHEW Publications, 1978, p.6. Disponível em: <[http://videocast.nih.gov/pdf/ohrp\\_belmont\\_report.pdf](http://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_belmont_report.pdf)>. Acessado em Outubro de 2013.

qualificá-la e decompô-la analiticamente e, em segundo lugar, a ideia de benefícios não é tão clara assim, necessitando também de um esclarecimento.

Dizer que se beneficia alguém pode ser muitas vezes visto ou mesmo compreendido como uma atitude paternalista, ou um tipo de autoritarismo moral. O que se quer dizer ou o que quer se defender quando se diz que se beneficia alguém? Neste sentido, pode-se usar como exemplo uma decisão médica. Para isso, basta pensar em uma relação médico/paciente hipotética, em que o paciente é submetido a um determinado procedimento médico do qual o paciente “concorda”, pois foi “consultado”, mas o médico crê que faz um bem ao paciente, pois para o médico o paciente não tem capacidade para saber o que é o melhor para si, justamente por não ter elementos técnicos para julgá-lo de modo correto.<sup>65</sup>

Assim, pense no seguinte exemplo: um paciente pobre (que consentiu em participar de uma pesquisa sobre o câncer, por exemplo) é utilizado como um meio para uma pesquisa biomédica que beneficiará muitas pessoas. O médico afirma que faz um bem para este paciente, pois nesse caso, ele está recebendo um tratamento exclusivo que não receberia se não estivesse participando como “voluntário” dessa pesquisa sobre os efeitos de uma nova droga. Logo, fazer esse bem, oferecendo um tratamento exclusivo ao paciente é benéfico para o paciente. Isso ilustra de maneira caricatural, o que pode ocorrer no caso de se desrespeitar a escolha do paciente, levando-se em conta somente a ideia de garantir um *bem* ao paciente. Essa descrição da beneficência precisa ser melhor ponderada para não se criar uma compreensão espúria do princípio da beneficência. É interessante então analisar o que se entende pelo conceito de bem ou bem-estar e o que se compreende pelo conceito de paternalismo, evitando um entendimento superficial

---

<sup>65</sup> Um exemplo clássico parece ser o que envolve certas crenças religiosas, em especial *Testemunhas de Jeová*. Situações envolvendo testemunhas de Jeová são exemplares: um caso paradigmático seria o de se proibir a transfusão de sangue em uma gestante testemunha de Jeová (que sofreu um atropelamento, por exemplo). Sabe-se que suas crenças religiosas proíbem a intervenção médica de transfundí-la. Nesse exemplo, o princípio da beneficência tem preponderância sobre a fé religiosa, levando-se em consideração que nessa ocorrência, estar-se-ia sendo irresponsável, pois há possibilidade de salvar o feto e a mãe, e o médico seria omissos em não prestar ajuda para salvar a vida do feto. Nesse caso, além do procedimento ser simples, a próprio papel da medicina se revela na possibilidade de ajudar e preservar a vida.

sobre o fenômeno do paternalismo.

Quando se usa o conceito de bem ou bem-estar, este é frequentemente pensado como garantindo certos bens mínimos necessários ou absolutos. Essa ideia de bens mínimos ou absolutos é complexa, pois envolve uma concepção *a priori* do que seja o bem. Pode-se elencar diversos tipos de bens, que podem ser bens materiais, que garantiriam a fruição do indivíduo enquanto ligado a sua condição física, mas também poderiam ser bens psíquicos, ou mesmo espirituais, garantindo que expresse a sua fé. Assim, um exemplo pode ilustrar como os bens podem ser pensados: não adianta alimentar, vestir e dar todos os brinquedos possíveis a uma criança, mas torturá-la fisicamente nos finais de semana. Com isso, quer se argumentar que o bem – entendido aqui como bem-estar – deve estar atrelado necessariamente a ter um mínimo necessário de bens físicos e psicológicos simultaneamente. Alguns autores tentam demonstrar que o bem pode ser definido objetivamente: Aristóteles, Martha Nussbaum, Amartya Sen, são exemplos de autores que buscam fazer essa lista com critérios básicos de bens. Esses autores, utilizando-se do vocabulário das *necessidades básicas* do ser humano. Buscam desenvolver uma lista que contenha e explique cada uma dessas demandas e tentam mostrar como poderiam ser garantidas as todas as pessoas esses mínimos necessários para se realizarem enquanto seres humanos e gozarem de uma vida minimamente digna.

Dentro dessa perspectiva na definição de bens primários, de se propor certas características básicas ou bens necessários para ser considerado e se realizar enquanto um ser humano, Amartya Sen é um teórico que resistiu a compor uma lista fechada e concreta de bens básicos, porque considera que isso seria uma tarefa que deveria ser efetuada por cada comunidade específica, pois existem demandas específicas. Amartya Sen concorda que existem bens que devem ser garantidos, mas não se compromete em dizer quais são. Como economista, Sen sabe que cada região geograficamente situada no planeta Terra tem seus problemas específicos, que não podem ser solucionado com uma abstração geral e absoluta. Enquanto que em determinada comunidade a febre amarela é ainda um grave problema em outra comunidade é o câncer de pulmão que é o principal vilão. Em outras palavras, não seria possível estabelecer uma lista fechada de bens básicos porque existem diferenças profundas entre os fins e o que se considera como *bens* que devem ser considerados como valiosos. Distintas comunidades têm distintas valorações de *bens*. Martha Nussbaum não concorda neste ponto com a posição de Sen. Assim, ela

oferece uma lista com certos bens que devem ser asseguradas indistintamente a cada pessoa em virtude de sua dignidade humana. Somente assim, tais pessoas podem se realizar como humanos verdadeiramente. Essa é uma discussão que leva ao fim e ao cabo ao problema do que seria o *Bem*, indo na direção de uma questão mais profunda, que iria ter que analisar o que seriam os *bens substantivos* da vida humana.<sup>66</sup> Aqui não se aprofundará essa questão, porém cita-se para apontar modos distintos de se abordar e se compreender essa temática de bens objetivos ou bens subjetivos. Pois, quando se fala em beneficiar alguém, o que se encontra por trás dessa concepção? O que é beneficiar uma pessoa?

Sabe-se que o recurso a uma lista “fechada” de bens necessários ao ser humano, possui seus problemas e seus benefícios. Todavia, uma lista assim descrita, pode ser interpretada como colocando critérios objetivos do que seja uma *vida boa* ou de *bens constitutivos*, sendo que se não se tem um desses elementos não se teria uma vida verdadeiramente humana. No entanto, essa ideia não respeita o pluralismo ético que parece ser necessário no mundo contemporâneo, impondo de cima para baixo um ideal do que é o ser humano e do que ele necessita para estar realizado enquanto pessoa humana. Portanto, não parece razoável propor uma lista dessa forma, pois levaria a se colocar um modelo universalista de ser humano que pode não se realizar em outra sociedade ou cultura. Os tempos mudam e as pessoas mudam, novos valores são consolidados e com o novo tempo novas pessoas surgem, novas demandas aparecem, e um novo homem nasce em busca de novo valores.

---

<sup>66</sup> Em Nussbaum encontra-se essa lista com dez características que seriam bens a serem garantidos. A lista pode ser descrita da seguinte maneira: 1) vida: toda pessoa deveria ser capaz de levar uma vida com duração normal; 2) saúde corporal: ter adequadas condições de saúde, alimentação e moradia; 3) integridade corporal: gozar de liberdade de movimento e segurança; 4) sentidos, imaginação e pensamento: receber uma educação que permita desenvolver estas capacidades em um ambiente de liberdade para manifestar gostos e crenças; 5) emoções: capacidade de amar, de estar feliz nas diversas formas de associação humana; 6) razão prática: ser capaz de formular uma concepção do bem e um plano de vida; 7) afiliação: capacidade de viver com os outros e de estabelecer relações sociais, de ser respeitado e não discriminado; 8) outras espécies: ser capaz de respeitar os animais, as plantas e as demais espécies do mundo natural; 9) jogo: ser capaz de jogar e rir e, por fim, 10) controle sobre o próprio ambiente. NUSSBAUM, Martha C. **Fronteirs of Justice: disability, nationality, species membership**. The Belknap Press, Harvard, 2006, p.76-77.



Ligado a lista de bens constitutivos pressuposta por Nussbaum, um problema adicional surge: “[...] a dificuldade aqui não é a de que essas necessidades superiores não possam ser satisfeitas, e sim a de que seria preciso mostrar que elas existem e deveriam existir em cada um e em todos os seres humanos.”<sup>67</sup> Pressupor as necessidades superiores em todo e qualquer ser humano ao longo de todo o tempo é desrespeitar a pluralidade de visões e interrelações com o meio no qual cada indivíduo se encontra imerso em sua vida atual.

No outro lado dessa discussão, existem autores que propõem uma subjetividade de bens, não sendo possível construir uma lista de bens básicos no ser humano, dada a sua grande diversidade de gostos no tocante às divergências do que seja uma vida boa. Nesta perspectiva, pode-se citar Harry Frankfurt.<sup>68</sup> Entretanto, não se faz aqui uma análise interna dos argumentos e de como Frankfurt monta o seu argumento, apenas ele é citado como exemplo dessa tendência de defender uma posição subjetivista de bens contraposta ao modelo objetivista. O critério para este autor é o indivíduo concreto buscando realizar a sua satisfação interior. Para ele, somente faz sentido levar em consideração aquilo que os indivíduos sentem, não pressupondo ou buscando uma explicação que ultrapasse essa noção de satisfação subjetiva. Pois ao fim e ao cabo é somente aos nossos desejos individuais e internos que realmente se tem acesso. Assim, em nossas demandas por carências a serem supridas, somente os desejos individuais deveriam ser satisfeitos. Nussbaum e Frankfurt parecem perfazer cada um ao seu modo, as duas extremidades opostas desse processo e discussão sobre como se podem entender os bens humanos. Guardadas as devidas proporções é o mesmo problema da autonomia tendo a contraposição de Kant e Mill. Não parece ser produtiva a discussão sobre o que são os bens, pois isso torna-se impossível de ser definido de modo consensual. No entanto, se fosse focado numa perspectiva negativa, do que não deve ser feito a uma pessoa, parece que atingir-se-ia um consenso mais facilmente. Logo, se essa discussão fosse colocada em termos de uma discussão sobre o princípio da não-maleficência, isso pareceria se tornar mais razoável.

Como comentário final, não há como não se comentar sobre o

---

<sup>67</sup> CROCKER, David. Qualidade de vida e desenvolvimento: o enfoque normativo de Sen e Nussbaum. **Lua Nova**, São Paulo, n.31, Dez. 1993. Acessado em outubro de 2013 em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451993000300006>>.

<sup>68</sup> FRANKFURT, Harry. Equality as a Moral Ideal. **Ethics**. Vol. 98, n.1, Oct, p.21-43, 1987.

caso do paternalismo, pois isso liga-se diretamente com o princípio da beneficência, pelo fato de haver nesse princípio uma pressuposição do que seja o bem ou o melhor para o paciente. Segundo Onora O'Neill, nos casos biomédicos o paternalismo fica mais perceptível de se notar pelo fato de que na relação médico paciente não tem como não existir um certo "paternalismo". Para ela:

[...] ainda que o paternalismo médico possa beneficiar alguns pacientes, é eticamente inaceitável por duas razões. Primeiro, porque atribui, desnecessariamente, poderes aos médicos que podem ser utilizados para prejudicar os pacientes e, segundo, ainda que use esse poder de forma apropriada – e o paternalismo assume que ele usa sempre de maneira apropriada – requer e tolera um grau desnecessário de coerção e engano. Falha em restringir poder aos atos profissionais paternalisticamente e assume a falsidade de que esses poderes são necessários para a prática da medicina, e que não existiriam conflitos de interesse entre pacientes e profissionais e de que não haverá abuso de poder nessa estrutura paternalista.<sup>69</sup>

Com essa lição tira-se a conclusão de que é somente quando o indivíduo tem alternativas reais e claras é que ele pode melhorar suas próprias condições. Não dar a possibilidade ou a chance de o indivíduo escolher é um tipo pernicioso de paternalismo. O projeto educacional da autonomia não é um projeto fácil de ser realizado. Contudo, dar as condições para o indivíduo ser autônomo, mas sem a possibilidade real de o paciente poder de maneira clara se determinar, também é um tipo de paternalismo, o qual sempre deixa o paciente numa postura de menoridade e apequenamento acerca do que e de como realmente ele pode querer ou ter verdadeiramente sua vontade respeitada.

Assim, o debate sobre o princípio da beneficência levanta a questão do paternalismo. Pode-se ilustrar isso, de forma geral, como se o paternalismo fosse uma atitude de escolher deterministicamente para o indivíduo o que seria o melhor para ele, não o deixando decidir por si mesmo. Isso mostra certa tensão entre o princípio do respeito pela

---

<sup>69</sup> O'NEILL, Onora. **Autonomy and Trust in bioethics**. Cambridge: University Press, 2002, p.151.

pessoa e o da beneficência, pois aqui a escolha do indivíduo é muitas vezes deixada de lado ou qualificada como não competente.<sup>70</sup>

Neste ponto, é interessante separar duas formas ou concepções sobre o paternalismo. De modo analítico é interessante qualificar um paternalismo de tipo forte e o outro de um tipo fraco. Para melhor compreender o paternalismo, distingue-se assim entre paternalismo *fraco* (brando) e *forte* (radical). Entende-se o *paternalismo fraco* como sendo a intervenção do agente, procurando agir de modo não-maleficente, pois procura prevenir danos que o próprio paciente poderia fazer a si mesmo de modo não-voluntário (acometido por uma depressão) ou mesmo protegendo a pessoa de um eventual dano causado pela prática da medicina, precavendo uma eventual iatrogenia.

Aqui ocorre um fato curioso: como uma ação não-maleficente poderia fazer parte do paternalismo fraco? O fato de me abster de causar um dano intencional é uma forma de ação na qual nego produzir intencionalmente um efeito danoso. Logo, é um tipo de paternalismo fraco agir não-maleficientemente. Nesses casos não se procura promover um bem, apenas procura-se impedir que se cause um dano. Mas a obrigação de não causar um dano intencional ou previsível é prioritário ao fato de eu ter que ajudar alguém? A resposta parece ser que a não-maleficência teria uma prioridade porque é mais fácil, aparentemente, evitar um dano ou prejuízo do que promover um bem, além de que evitar o dano é uma obrigação mais exigente do que promover um bem. Como diria Claude Bernard, famoso médico e fisiologista Francês do século XIX: “[...] um indivíduo não pode prejudicar uma pessoa, independentemente dos benefícios que possam advir para outros.”<sup>71</sup> No caso do paternalismo fraco, se tem apenas a intenção de impedir que um dano aconteça. Sendo assim, torna-se mais justificável do que o paternalismo forte.

Por outro lado, o *paternalismo forte* envolve intervenções com o fim de beneficiar uma pessoa. Busca-se nesse caso promover o bem da pessoa. No geral, o bem que é pressuposto pelo agente, não leva em consideração as preferências e interesses do paciente. Nesse caso, o agente toma suas decisões para além do consentimento do paciente no

---

<sup>70</sup> Note-se que o princípio do respeito pela pessoa feito no Relatório Belmont, não é endossado na sua totalidade no Princípioalismo. Tanto é assim, que o conceito de pessoa é substituído pelo de autonomia. Isso será melhor analisado no próximo capítulo.

<sup>71</sup> Relatório Belmont *Apud* Dall’Agnoll, Darlei. **Bioética**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005. (Coleção Passo-a-Passo, nº55), p.52.

intuito de protegê-lo. Em casos assim, utiliza-se da métrica do que seja o bem do agente e não do paciente. Dentro da perspectiva do paternalismo forte, poder-se-ia ainda encontrar um terceiro tipo ainda mais estrito. Nesse caso, além de evitar o dano ou o mal ao paciente, acrescenta-se que devemos nos empenhar em promover o bem do paciente. Essa terceira possibilidade de paternalismo poderia ser chamada de “perfeccionista”. Essa abordagem perfeccionista crê que há uma justificação para a intervenção por existirem ideias morais objetivos que devem sempre ser realizadas.<sup>72</sup>

E óbvio que nas ciências médicas existe um padrão mínimo do que são as ações beneficentes prudentes a serem feitas. Os médicos têm em geral um senso moral e técnico básico que adquiriram em sua formação. Desenvolveram em seus estudos uma sensibilidade que permite fazer julgamentos morais que os torne aptos a saber quando agir de modo paternalista. Facilmente pode-se fazer uma caricatura do médico, como aplicando sempre e de maneira totalmente arbitrária os seus valores e conhecimentos especializados. Contudo, não é isso que parece que acontece realmente e cotidianamente. No entanto, esse tipo de paternalismo forte, caso aconteça, viola os direitos individuais do paciente (seu consentimento informado é desrespeitado, sua autonomia não é garantida) por não ter sido de nenhuma forma informado do que iria acontecer com ele ou mesmo de não ter podido participar do que seriam os *seus* interesses e não do médico ou dos valores da medicina. Em suma, defender o paternalismo em sua forma forte não é justificável moralmente, mas pode-se conceder que um tipo de paternalismo fraco, dependendo a situação, torna-se necessário e até obrigatório.

Em suma, é possível observar nesse item que o debate sobre o que é um bem e de como ele pode ser desenvolvido leva a vários e diverso modo de interpretação de como o *bem* pode ser compreendido. Seja de modo objetivo ou subjetivo, a análise sobre *bens constitutivos* e *necessidades básicas* levaram a direções divergentes. O bem que o Relatório Belmont busca realizar seria de um tipo específico, relacionado a maximizar os benefícios e minimizar os danos. *Grosso modo*, se compreende o que isso significa. Contudo, não é garantia de que seja possível transferi-lo de maneira automática da teoria para a prática. E o modo como é apresentado pelo Relatório Belmont a beneficência é insatisfatória pela sua sumária concisão.

---

<sup>72</sup> A atitude perfeccionista defende que há uma concepção de bem para todos os seres humanos e que este bem é objetivo e sempre deve ser realizado, ao preço de não ser uma ação correta.

Analisado como o bem pode ser compreendido, se passa à análise da justiça. A justiça se tornou um princípio chave nas últimas décadas na área da saúde, justamente pela forma como a própria medicina foi se desenvolvendo. Surgiram questões prementes ligadas a demandas por tratamentos dispendiosos e escassos, remédios, cirurgias, enfim, uma lista enorme de bens que não tem como ser garantido a todos. Aqui se levanta questões difíceis de como se poderiam alocar recursos médicos a pessoas que necessitam do mesmo tratamento, por exemplo. Como repartir de modo justo serviços básicos de saúde que são por natureza escassos? Mas afinal, o que é a justiça?

## 1.5 O PRINCÍPIO DA JUSTIÇA

A justiça é o último dos três princípios pressupostos pelo Relatório Belmont e sempre causou maior discussão, comparado aos outros dois princípios analisados anteriormente. A pergunta que legitimamente pode ser colocada é: Que tipo de justiça se está adotando nas discussões bioéticas - uma justiça distributiva, igualitária ou meritocrática? A questão da justiça teve uma grande revalorização com a obra publicada em 1971 de John Rawls, no livro *Uma teoria da justiça*. Nesse livro o autor sugere uma nova e renovada discussão do que seria a justiça, propondo a ideia da *justiça como equidade*.

Para não se alongar demasiadamente nessa questão, é interessante frisar que a justiça, no Relatório Belmont, pode ser compreendida como se perguntando: quem deve receber os benefícios da pesquisa e financiar os seus custos? Uma pergunta como essa, coloca em pauta a ideia da justiça e de qual concepção seria mais correta. Assim colocada a questão, essa caminha na direção de corroborar a ideia de “equidade na distribuição” ou o que “é merecido”. Uma injustiça ocorreria quando um indivíduo tendo o direito a gozar desse benefício não o tem respeitado, ou lhe é negado indevidamente.

Um modo distinto de conceber e analisar o princípio da justiça é pensá-lo de maneira formal. No caso de se pensar a justiça pelo viés formal, a ideia da justiça seria apresentada assim: iguais devem ser tratados igualmente e desiguais desigualmente. Para não deixar dúvidas é interessante explicitar essa formulação. Beauchamp e Childress descrevem isso da seguinte forma: “Comum a todas as teorias da justiça há um requerimento mínimo que é tradicionalmente atribuído a Aristóteles: iguais devem ser tratados igualmente e desiguais devem ser tratados desigualmente. Este é o princípio da justiça formal (algumas

vezes chamado de princípio da igualdade formal).”<sup>73</sup> O problema dessa concepção é o que se compreende por igual. Quem são esses iguais e como defini-los. Que características têm que possuir os iguais para serem tratados igualmente.

Vários autores defendem a ideia de se estabelecer certos critérios de justiça, sustentando distinções como idade, competência, mérito, sendo estes conceitos algumas vezes relevantes e justificados para se garantir um tratamento justo na área da saúde. Nesta perspectiva, o Relatório Belmont aponta que existem várias formulações que são amplamente aceitas e de modos justos de se distribuir custos e benefícios. Logo em seguida no mesmo documento, se esclarecem e são elencadas algumas propriedades relevantes que sempre devem ser consideradas. Assim, citam-se cinco características, que devem ser observadas, que são em geral aceitas para se distribuir os custos e benefícios de maneira justa. No Relatório Belmont isso é apresentado da seguinte maneira: “As formulações são: (1) a cada pessoa igualmente, (2) a cada pessoa de acordo com a necessidade individual, (3) a cada pessoa de acordo com o esforço individual, (4) a cada pessoa de acordo com a contribuição social, (5) a cada pessoa de acordo com o mérito.”<sup>74</sup>

No mesmo espírito, se cita que por um longo tempo a discussão do conceito de justiça ficou atrelada à ideia da jurisprudência, da punição a crimes, da taxaço e representação política, excluindo-se até recentemente essa discussão à questões públicas, políticas e éticas, como também a questões que envolvessem ou estivessem associadas à pesquisa científica ou sobre o acesso a recursos escassos na área da saúde. Tendo esse fenômeno em consideração, ou seja, de se levar em consideração a discussão sobre como a justiça pode ajudar nas decisões éticas, observa-se que essas ideias têm um histórico que vem desde o século XIX e XX. A justiça agora é um conceito que se aplica as questões de quem são os sujeitos da pesquisa. Pois, anteriormente os custos das pesquisas, sempre recaiam sobre pacientes pobres, sendo que os beneficiados das pesquisas médicas sempre eram os pacientes que poderiam pagar por isso, o que significa que somente os ricos eram os beneficiados, levando a injustiças sociais e deixando os vulneráveis em

---

<sup>73</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.242.

<sup>74</sup> **Belmont Report**: ethical principles and guidelines for research involving human subjects. Washington: DHEW Publications, 1978, p.9. Disponível em: <[http://videocast.nih.gov/pdf/ohrp\\_belmont\\_report.pdf](http://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_belmont_report.pdf)>. Acessado em Outubro de 2013.

situação de risco.

Ainda ligado a essa perspectiva histórica, basta lembrar, como já mencionado nos estudos realizados na década de quarenta, nos Estados Unidos, tendo como sujeitos de pesquisa homens negros, de uma região rural, para estudar a evolução natural da sífilis. Naquele momento, já se dispunha de tratamento para essa doença. Contudo não foi oferecido. Isso pode ser também relacionado ao tratamento dispensado aos prisioneiros não-voluntários dos campos de concentração nazista, os quais sofreram verdadeiras atrocidades. Perderam o direito de serem protegidos e serem tratados como iguais, a justiça foi negada a essas pessoas. A todos estes que foram utilizados, ou forçados a participarem de “pesquisas científicas” negou-se a igualdade básica de poder ser tratado com igualdade e respeito, seus direitos foram desrespeitados. Perderam a humanidade como elemento básico de sua condição de ser humano e sem ela foram transformados em coisas. A justiça lhes foi negada.

Sob essa análise histórica, pode ser constatada a importância que princípio da justiça teve sobre o tratamento e pesquisas envolvendo seres humanos pós Segunda Guerra. A partir desse avanço proporcionado por discussões como essa do Relatório Belmont foi possível alcançar um tratamento mais humanitário e justo.<sup>75</sup> Para que uma pesquisa bioética seja considerada justa, deve-se procurar sempre se constatar por um critério de justiça que as escolhas dos sujeitos da pesquisa não se baseiam somente em certos grupos, previamente determinados, como presidiários, pobres, certas raças etnicamente hostilizadas pelo grupo dominante, pessoas em condições de fragilidade social, etc. Observando-se isso, por uma questão de justiça, os sujeitos à pesquisa deveriam também ser de alguma forma beneficiados pela pesquisa, demonstrando que não foram escolhidos apenas por critérios instrumentais. Caso aconteça de não haver nenhum benefício ao grupo estudado, a pesquisa seria considerada injusta e imoral. E, finalmente, as discussões que colocam em pauta as pesquisas que têm financiamentos com dinheiro público. Pesquisas realizadas sob essa modalidade de financiamento devem proporcionar que os desenvolvimentos e as

---

<sup>75</sup> Sob uma perspectiva histórica, várias declarações foram importantes para a consolidação da própria bioética como do conceito de justiça. O primeiro documento relevando o papel da justiça seria o Código de Nuremberg (1948), teria que se citar também a Declaração dos Direitos Humanos (1948), Declaração de Helsinque (1964), Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005).

descobertas de novas terapias e procedimentos possam possibilitar acesso a todas as pessoas, não somente a um pequeno grupo que possa pagar por esses novos conhecimentos, obtidos com recursos públicos, com os quais todos deveriam ser beneficiados. Uma das restrições a este tipo de pesquisa é que não se aplique somente a certas pessoas (grupos vulneráveis), as quais muito provavelmente não serão encontradas entre os possíveis beneficiados em suas aplicações futuras. No entanto, não dá para se furtar a impressão que é causada pelo modo como a justiça é tomada por seus cinco elementos e como é compreendida no Relatório Belmont. Caso se observe atentamente, nota-se que essas ideias prendem-se muito a uma concepção econômica. Sendo que, se os indivíduos a serem beneficiados não tiverem dado alguma forma de contribuição parecem que ficariam desassistidos. Caso se preste atenção, se verá que somente o primeiro elemento é o mais abstrato e geral, todos os outros se ligam a alguma característica econômica.

Dessa forma e como importante consequência a ser retirada do Relatório Belmont, parece ser razoável observar que os três princípios propostos pelo Relatório devem ser sempre observados. Sendo assim, quando pesquisas forem realizadas envolvendo seres humanos, devem-se levar sempre em consideração os três princípios como guias gerais de ação nas pesquisas científicas. Não se entra no mérito da discussão das aplicações destes princípios regulatórios, pois nas aplicações se discutem a forma como devem ser entendidos os três princípios, sendo que para cada um deles se coloca um ponto para discussão. Assim, ainda restaria ver como seria a aplicação do consentimento informado, avaliação do risco e benefício e, por fim, seleção dos sujeitos à pesquisa, o que ultrapassaria em demasia a discussão sobre o que se quer verificar nessa dissertação. Por isso se deixa de lado esses detalhes para se passar a discussão do principialismo. Por hora é interessante salientar que o que será analisado no próximo capítulo se relaciona ao modo como a teoria principialista se fundamenta e de onde ela tira as suas ideias. Portanto, quer se verificar a origem dos pressupostos principialistas e verificar como cada um dos quatro princípios propostos por Beauchamp e Childress são compreendidos.



## 2 TEORIAS BIOÉTICAS

Nesse capítulo procura-se esclarecer e verificar como a teoria principialista de Beauchamp e Childress funciona. O título do capítulo está no plural justamente porque existe uma família de teorias principialistas. Comentar-se-á brevemente sobre essa pluralidade de teoria principialistas. Sendo assim, no primeiro item, verificar-se-á que existe uma variedade de teorias principialistas. Um exemplo dessa variabilidade seria o próprio Relatório Belmont que é um tipo de principialismo, montado no sentido de estabelecer uma lista de princípios que pudessem regular as pesquisas envolvendo sujeitos humanos. Nota-se que as ideias ditas “principialistas” têm uma história que pode ser remontada para antes do Relatório Belmont, isso também vai ser comentado e analisado. Feito isso, passa-se a analisar o principialismo de Beauchamp e Childress buscando compreender quais são seus pressupostos e seus comprometimentos, analisando o alcance e limite dessa teoria bioética. Por fim, se analisará como cada um dos quatro princípios é interpretado dentro dessa teoria. Começa-se esse capítulo pela história e pelos fundamentos da teoria principialista.

### 2.1 AS TEORIAS PRINCIPIALISTAS

Inicialmente é importante fazer um esclarecimento quanto ao título dessa seção. Deve-se compreender por *Teorias Principialistas* no plural, por haver uma família delas, ou seja, uma variedade de teorias principialistas. Pode-se verificar no próprio *Belmont Report*,<sup>76</sup> o qual pode ser considerado o primeiro tipo de teoria principialista. Como se pode observar na discussão feita anteriormente sobre o Relatório Belmont é possível inferir que a ideia da teoria desenvolvida por Beauchamp e Childress representa uma continuidade e uma evolução das ideias propostas inicialmente pela comissão constituída em 1974 para redigir o documento que, ao fim e ao cabo, ficou conhecido como Relatório Belmont – Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos

---

<sup>76</sup> Segundo Darlei Dall’Agnol, “Cabe ressaltar que o esboço básico do principialismo pode ser encontrado em Frankena (ou até mesmo em Hume) que sustentava que a moralidade é composta de dois princípios elementares e independentes, a saber, o da beneficência ou utilidade e o da justiça.” DALL’AGNOL, Darlei. **Bioética**: princípios morais e aplicações. Rio de Janeiro: Editora DP&A, 2004, p.28.

Humanos em Pesquisas Biomédicas e Comportamentais – publicado em 1978. Beauchamp participou como membro da equipe deste relatório, sendo que um ano após a sua publicação, ou seja, em 1979, juntamente com Childress publicam as suas próprias impressões e ideias sobre o tema da bioética no livro intitulado *Principles of Biomedical Ethics*, atualmente em sua 7ª edição.<sup>77</sup>

Assim, um tipo específico de principialismo, se assim se pode dizer, já surge no esboço do próprio Relatório Belmont, sendo que Beauchamp e Childress continuam a endossar a concepção de princípios como meios objetivos de se atingir uma teoria clara e simples, que possibilitaria uma forma de se apresentar e de se trabalhar uma teoria ética aplicada a casos práticos de maneira pragmática. Uma observação é que a teoria desenvolvida pelos dois bioeticistas norte-americanos diferente do Relatório Belmont que continha três princípios, agora passa a contar com quatro princípios além de uma estrutura teórica mais robusta.

Uma observação que vale a pena ser ressaltada neste ponto refere-se às modificações feitas em relação aos próprios princípios do Relatório Belmont, que em relação às ideias de Beauchamp e Childress em seu livro *Princípios de Ética Biomédica*, ficam a cargo de substituir o chamado princípio do respeito pelas pessoas pelo respeito à autonomia e desmembrar o princípio da beneficência no princípio da não-maleficência. Nesse último caso, a não maleficência ganha independência do princípio da beneficência. Uma das razões para terem proposto essa distinção se dá porque os deveres negativos de não-maleficência parecem possuir alguma especificidade que o torne independente ou diferente em relação aos deveres de beneficência. Não levar isso em consideração causa mais confusão na aplicação do próprio princípio da beneficência, pois há uma diferença fundamental e não

---

<sup>77</sup> O livro, hoje famoso, tornou-se um clássico nas discussões bioéticas e vem passando por várias modificações e reedições. Atualmente encontra-se em sua 7ª edição. As edições anteriores aconteceram nas seguintes datas: 1979, 1983, 1989, 1994, 2001, 2009, 2012. BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of Biomedical Ethics**, 1st–7th eds. New York: Oxford University Press. Para mais detalhes das mudanças nas edições anteriores até a sua sexta edição, pode-se conferir o artigo de Darlei Dall’Agnoll que remonta e discute brevemente essas modificações. DALL’AGNOLL, DARLEI. Equilíbrio reflexivo na bioética. *Dissertatio*, Pelotas, n.34, p.135-159, 2011. Disponível em: <<http://www.ufpel.edu.br/isp/dissertatio/revistas/34/06.pdf>>. Acessado em 17 de março de 2013. Conferir especificamente as p.152-155, que comentam sobre as mudanças ocorridas nas diversas edições.

levar isso em consideração obscurece importantes distinções. Assim, obrigações de não causar dano a outros é distinta da obrigação de ajudar os outros.<sup>78</sup>

De maneira geral, o principialismo mantém as ideias básicas do *The Belmont Report*, ou seja, a ideia de se basear em princípios como regras básicas da moralidade para o tratamento digno envolvendo sujeitos humanos sejam em pesquisas científicas ou nas relações biomédicas entre médico/paciente. Contudo o principialismo vem tentando aumentar o seu escopo de aplicação, não querendo ficar restrita somente a casos biomédicos ou ligados a biomedicina.<sup>79</sup> Assim, vem acrescentando e procurando fazer algumas modificações significativas no que se refere a sua justificação e aplicação da sua teoria. Pensa-se que dessa forma, alterando o modo como a teoria busca aplicar os princípios, o principialismo se coadunaria melhor com casos práticos biomédicos e de pesquisa científica envolvendo seres humanos além de dar conta de outras relações que não somente das discussões ligadas a biomedicina. Isso se exemplifica pelas várias modificações ao longo das sete edições que o livro passou. É importante também ter claro o caráter misto da teoria principialista, pois existem princípios tanto de origem teleológicos quanto deontológicos.

Nesse ponto é importante fazer uma breve diferenciação do modo como é discutida a ética no livro dos dois bioeticistas. Como é fácil perceber, o livro de Beauchamp e Childress tem como intuito fornecer um arcabouço teórico de como se poderia agir e pensar a prática biomédica. Na introdução à edição brasileira, Léo Pessini apresenta este livro como “[...] uma “ética aplicada”, no sentido de que o específico dela é aplicar os princípios éticos gerais aos problemas da

---

<sup>78</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.150.

<sup>79</sup> É importante frisar que a postura de Beauchamp e Childress vem mudando nas sucessivas edições que foram feitas. Cada vez mais, e na sexta edição isso se torna evidente, Beauchamp e Childress mostram genuínas preocupações e problematizam as concepções no uso indevido ou mesmo da precariedade de alguns argumentos na utilização de animais não-humanos em pesquisas biomédicas ou científicas em geral. Conferir: BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009. Verificar a ideia de *status* moral dos animais em: p.71-79, 81, 92, 383. No entanto, assuntos relacionados ao meio ambiente ainda não foram suficientemente explorados pelos dois bioeticistas.

prática médico-assistencial”.<sup>80</sup> Na teoria desenvolvida por Beauchamp e Childress, o que se é levado a perceber são os *valores morais* que norteiam as conclusões e modos de resolução de problemas éticos. O que se propõe é pensar como a “comunidade moral humana” reflete e utiliza esses princípios na resolução de dilemas morais.

Desta forma e por ser uma teoria multifacetada e ampla, por sua defesa de uma comunidade moral humana – fundada em uma moralidade comum – as ideias propugnadas no livro “Princípios de ética biomédica” passaram cada vez mais a ter ampla aceitação e foram cada vez mais ganhando força, seja nos meios acadêmicos ou nos comitês de ética consultivos. Isso se torna verdade, tanto que:

[...] o principialismo passou a ser de uso dominante, tanto na pesquisa científica como no campo assistencial, disseminando-se rapidamente por todos os continentes. Os princípios transformaram-se em ferramenta para mediar os conflitos morais na prática biomédica. Durante duas décadas, a teoria principialista se manteve como a teoria dominante, a ponto de ser tratada como sinônimo da própria bioética. Os quatro princípios assumiram grande importância, sendo considerados núcleos de confluência de todo o universo de valores.<sup>81</sup>

Sendo assim, Beauchamp e Childress para serem coerentes com suas ideias, reconhecem que os princípios não são absolutos, pois são válidos *prima facie* e não pretendem se tornar incontestáveis. Do modo como os princípios se apresentam, argumentam os dois bioeticistas, estes foram buscar a sua inspiração na ética e nas ideias normativas de David Ross.<sup>82</sup> Tanto é assim, que adotaram a terminologia deste autor

---

<sup>80</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. 4 ed. São Paulo: Loyola, 2002, p.11.

<sup>81</sup> COSTA, Sérgio. O desafio da ética em pesquisa e da bioética. In: DINIZ, Débora, SUGAI, Andréa, GUILHEM, Dirce, SQUINCA, Flávia. (org.) **Ética em pesquisa: temas globais**. Brasília: LetrasLivres; Editora UnB, 2008, p.37.

<sup>82</sup> Para maiores detalhes, conferir: ROSS, William David. **The right and the good**. Oxford: Oxford University Press, 1930 [reprint 1988]. Segundo Frankena, Ross pode ser classificado como um normo-deontologista, “[...] que sustenta existir um padrão não-teleológico representado por uma ou mais regras, embora essas regras não sejam necessariamente dominantes. Em geral, normo-deontologistas afirmam que o padrão se confunde com certo número de regras

para se referir aos seus próprios princípios como sendo deveres válidos *prima facie*.

Na teoria de Ross, desenvolveu-se a ideia dos deveres válidos *prima facie*. No seu livro *The right and the good* são descritos dois tipos de deveres que são retirados da filosofia kantiana: “[...] deveres de obrigação, perfeitos – (Kant) tais como cumprir promessas, pagar dívidas, dizer a verdade – que não admitem exceção nenhuma em favor de deveres de obrigação imperfeitos – tais como aliviar a dor.”<sup>83</sup> É interessante salientar aqui que o princípio da beneficência é um dever imperfeito. Essa divisão entre deveres perfeitos e imperfeitos pode ser entendida então da seguinte forma: “[deveres imperfeitos] deveres para conosco mesmos e deveres para com os outros. [...] De resto, entendo aqui por dever perfeito aquele que não permite exceção alguma em favor da inclinação, e então não tenho apenas *deveres perfeitos* exteriores, mas também interiores.”<sup>84</sup> Como uma maneira de sair da polarização entre deveres perfeitos e imperfeitos, que são enfrentados nas situações cotidianas como nas relações que envolvem uma promessa que foi feita ou o dever de um fiador com o seu devedor, da mulher com o marido, de um filho para com o pai, de amigo a amigo, de um cidadão para com um cidadão, etc., Ross afirma que em cada uma dessas relações pode-se gerar um tipo de dever *prima facie*.

Dessa forma é que devem ser compreendidos e analisados os deveres *prima facie*. Dependendo da situação, exemplifica Ross, uma ação que exija que eu tenha mais atenção para com os deveres perfeitos, e em outra situação que exija eu agir de modo imperfeito, tendo que agir, por exemplo, de modo a maximizar o bem, apelando assim para deveres imperfeitos, etc. Contudo, isso gera o problema de como devo agir nas mais diversas situações, pois não há um meio claro ou uma regra que me diga como proceder, ou que me proporcione seguir um método que me forneça ao fim de seu procedimento uma resposta. Em casos assim, caso isso aconteça, isso acabaria por gerar conflitos e indecisões em como posso agir eticamente. No entanto, Ross pensa ter

---

bem específicas tais como as que impõem dizermos a verdade ou cumprirmos as promessas feitas, prescrevendo tais regras que *sempre* devemos agir de certa maneira frente a certo tipo de situação.” FRANKENA, William K. *Ética*. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975, p.42.

<sup>83</sup> ROSS, William David. *The right and the good*. Oxford: Oxford University Press, 1930 [reprint 1988]. p.18.

<sup>84</sup> KANT, Immanuel. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1974, p.224.

um meio de resolver esse impasse.

Imagine que aconteça um dilema ético no qual fico indeciso e não consigo fazer uma escolha. E sabe-se que isso pode acontecer. Segundo Ross, as coisas não se passam assim, pois quando sou colocado numa situação na qual sou encarregado de escolher um dos deveres *prima facie*, o que tenho que fazer é estudar e analisar o mais completa e cuidadosamente possível essa situação até que seja possível eu formar uma opinião ponderada, cuidadosa, e que sob essas condições, eu seja capaz de encontrar um princípio que se sobreponha sobre os outros. Esse seria o método dos deveres *prima facie* proposto por Ross.

Certo está que se pode argumentar que o dever perfeito sempre tem uma primazia sobre um dever imperfeito. Porém, isso nem sempre é claro. Surgem situações que embaçam essa distinção e uma possível prioridade fica prejudicada. Certos casos são complexos e fica difícil fazer a escolha ou executar a sobreposição dos deveres. Este é um problema agudo na bioética, não parecendo ser de fácil solução subsumir um dever sobre o outro ou encontrar de modo intuitivo o melhor princípio *prima facie* a ser escolhido.

Isso nos leva diretamente à ideia de assumir um princípio prioritário, o qual deve ser observado em situações éticas cronologicamente, pois dessa forma esse tipo de situação desaparece. Perceba-se que não se propõe um meta-princípio ou um único princípio válido eternamente, pois isso seria absurdo na teoria bioética. A ideia que se defende como hipótese nesse trabalho é que dentro da lista de princípios válidos *prima facie* pode haver uma priorização de um princípio sobre o outro, e essa prioridade seria do princípio da não-maleficência com uma priorização cronológica. Justamente por ser o princípio mais amplo e geral, esse se mostra como um dever que contém uma prioridade cronológica perante os outros por sua obrigatoriedade se basear em evitar causar um dano intencionalmente.<sup>85</sup> Caso esse princípio

---

<sup>85</sup> A prioridade cronológica não é nem mais nem menos do que observar ou ponderar cuidadosamente as consequências do que uma ação possa gerar. A ideia por trás disso é que o princípio da não-maleficência tem sua prioridade justamente porque todas as pessoas devem evitar causar dano intencional e esse deve ser sempre o primeiro julgamento ético a ser efetuado quando vamos agir. Sendo assim, a não-maleficência deve ser sempre cronologicamente anterior aos outros princípios. Com isso, não se está afirmando uma tese de hierarquia léxica ou lógica, mas sim meramente temporal. Portanto, se é previsível que a ação gerará mais danos do que benefícios não se deve executar a ação, levando em consideração a não-maleficência. Demonstra-se assim, que a prioridade da não-

não seja observado antes dos outros acaba-se cometendo uma ação imoral.

Voltando ao modo como Ross compreende a sua teoria é interessante esclarecer como ele imagina ser possível solucionar os casos éticos utilizando-se do seu método de deveres *prima facie*. Ross propõe uma terceira via, que é a ideia dos deveres válidos *prima facie*. Situações complexas ocorrem cotidianamente e das maneiras mais diversas e são muito comuns em nossa vida moral. Contingências como essas nos deixam numa situação embaraçosa, pois de modo geral não se tem um método para a tomada de decisão. É por isso e dessas situações cotidianos que Ross sugere o seu método. Mas o que são os deveres *prima facie*? Como entendê-los? Ross tem a seguinte ideia:

Sugiro “dever *prima facie*” ou “dever condicional” como maneira abreviada de nos referirmos à característica (completamente distinta de ser um dever em sentido próprio) que tem um ato, em virtude de ser de certa classe (por exemplo, ao manter uma promessa), de ser um ato que seria um dever em sentido próprio se não fosse ao mesmo tempo de outra classe que é moralmente relevante.<sup>86</sup>

Assim, casos desse tipo, que envolvem várias classes moralmente relevantes dentro do um mesmo dever, poderiam deixar ou levar a uma situação em que num primeiro momento, ou a primeira vista, devem ser considerados. Para facilitar as nossas escolhas cotidianas, Ross propõe então a ideia de que existam deveres que a primeira vista se apresentam de maneira coerente e válida. Nessa concepção, é fornecido um modo de escolha que pode ser usado para determinar dada situação:

Quando estou em uma situação – talvez esteja sempre – na qual é de minha incumbência mais de um desses deveres *prima facie*, o que tenho que fazer é estudar a situação tão completamente como possa até que me forme a opinião meditada (nunca passa de ser isso) de que nas circunstâncias dadas uma delas é mais de minha incumbência

---

maleficência deve ser pressuposta.

<sup>86</sup> ROSS, William David. **The right and the good**. Oxford: Oxford University Press, 1930 [reprint 1988]. p.19.

que qualquer outra; pois estou obrigado a pensar que cumprir este dever *prima facie* é meu dever *sans phrase*[sem mais] nessa situação.<sup>87</sup>

É desta forma que os princípios pressupostos pelo principialismo e inspirados na formulação rossiana valem e são ponderados. Enquanto as considerações morais estiverem sendo tomadas, os princípios têm e estão num mesmo nível de importância, ou seja, são horizontalmente válidos, possuem peso igual. Contudo, quando formei a minha opinião cuidadosamente, ponderando todos os elementos os outros princípios serão deixados de lado e priorizo somente um deles. Por isso a ideia dos quatro princípios que válidos *prima facie* parece seduzir Beauchamp e Childress, pois um método assim não pressupõe um princípio de nível superior. Nota-se que somente depois da ponderação é que se verificará qual o princípio de maior relevância. Este seria o modelo rossiano adotado por Beauchamp e Childress em sua teoria. Contudo, percebe-se que esse método não leva a uma decisão unilateral, pois pessoas distintas parecem chegar a decisões distintas. E o apelo a uma intuição racional, como pressuposta por Ross. O apelo a intuição tem problemas que são de difícil solução. Uma delas é que a intuição não parece ser um método seguro de decisões éticas.

Mesmo assim, para Beauchamp e Childress essa forma de construir a teoria ética pode oferecer uma explicação de como os quatro princípios podem ser aplicados em casos concretos, sem apelar a qualquer tipo de disposição hierárquica dos princípios, sendo válidos *prima facie*, proporcionando uma teoria de fácil aplicação para dirimir casos bioéticos complexos. Contudo, o ideal de não priorizar nenhum princípio não parece que foi totalmente realizado. Em geral, em nosso juízo cotidiano, não parece ser natural uma multiplicidade de princípios que não contenha algum tipo de importância maior do que outros.

Assim, dada as ideias e o modo como foi sendo montada a teoria principialista, desde o seu advento em 1979, um princípio que ficou rapidamente muito em evidência foi novamente o do respeito à autonomia. Isso reflete em parte o ideal iluminista de deixar os indivíduos se autodeterminarem. Justamente em sociedades como a norte-americana, que sempre prezaram por essa característica, sendo também uma faceta do ideal moderno político democrático, não é à toa que este princípio acabou se sobressaído de novo. Há tentativas de uma sobrevalorização do princípio do respeito a autonomia, alguns teóricos

---

<sup>87</sup> *Ibidem*, p.19.



até tentaram colocá-lo como o mais importante, contudo, essa disputa continua.

No entanto, como já foi visto acima, tentar colocar uma hierarquia de princípios na teoria principialista não parece ser coisa fácil e nem desejável. Defender isso levaria a uma espécie de mínimo denominador ético ou meta-princípio, isso indo contra as ideias principialista, para a qual não pode haver um princípio mais importante do que o outro. É justamente por essa característica aberta e horizontal que acabou chamando mais a atenção dos estudiosos desde o aparecimento dessa teoria e de como ela tentava lidar com os casos práticos referentes às discussões éticas em geral. Nessa perspectiva:

Houve várias razões pelas quais a bioética permaneceu durante tanto tempo reconhecida como sinônimo do principialismo. Essa teoria permitiu que os primeiros eticistas, filósofos e teólogos adotassem posturas mais diretas, fugindo das áridas abstrações do campo da metaética e da metafísica. [...]. Os quatro princípios morais possibilitam a elaboração de normas claras para diferentes campos de atuação: investigação científica, medicina e cuidados de saúde, por exemplo. Profissionais da área da saúde que se dedicavam a solucionar conflitos éticos encontraram novas regras ao aplicar a teoria principialista desatrelada da tradição dos mandamentos contidos nos códigos deontológicos.<sup>88</sup>

Assim sendo, o principialismo passou a ser visto como uma teoria pragmática, que fornece princípios básicos válidos *prima facie*, sem hierarquização e de base intuicionista, que são de fácil assimilação e entendimento por parte tanto dos profissionais da área da saúde quanto para os leigos. Em geral, isso favoreceu em muitos pontos o principialismo. Pois assim passou a ser reconhecido como uma teoria abrangente e dessa forma foi possível proporcionar uma equanimidade nas discussões bioéticas, sendo que tanto especialistas quanto leigos podem manejar a teoria. Por essa sua característica de *simplicidade* e

---

<sup>88</sup> COSTA, Sérgio. O desafio da ética em pesquisa e da bioética. In: DINIZ, Débora; SUGAI, Andréa; GUILHEM, Dirce; SQUINCA, Flávia. (org.) **Ética em pesquisa: temas globais**. Brasília: LetrasLivres; Editora UnB, 2008, p.38.

*eficiência* pode-se inferir que o principialismo obteve grande êxito e se tornou desde o seu surgimento em uma teoria muito influente, o que não quer dizer que não tenha problemas.

O principialismo ganhou esse *status* amplo justamente por fornecer uma “base sólida” – o pragmatismo e o modo de aplicação de quatro princípios válidos *prima facie* sem hierarquização e de base intuicionista conquistou todo o ambiente bioético. Isto, aparentemente nos dá a segurança de uma teoria ética robusta além de ser facilmente operacionalizável, fornecendo, assim, as regras para se poderem fazer as deliberações e as escolhas ético-práticas necessárias com mais segurança. A bioética que envolve seres humanos como sujeitos de pesquisa, sempre exigiu um tratamento respeitoso. A *simplicidade* do principialismo acabou se transformando em sua principal característica de sucesso, pois se torna fácil a sua aplicação na discussão de casos biomédicos. Têm-se os quatro princípios, com isso basta especificá-los e ponderá-los para ao fim desse procedimento se chegar a uma conclusão. É possível perceber toda a influência do principialismo, caso se observe e se leve em consideração que a própria lei brasileira que regula as pesquisas em sujeitos humanos – Resolução 196/96 – que adotou os princípios inspirada na teoria principialista desenvolvido por Beauchamp e Childress.<sup>89</sup>

Fazendo um apanhado histórico é possível perceber como esse tipo de teorias baseadas em princípios desempenhou e teve o seu auge na década de setenta do século passado. Assim, nessa mesma esteira de teorias baseadas em princípios, apareceram outras teorias para fomentar este tipo de visão ética. É possível verificar esse fenômeno com alguns exemplos importantes, que tiveram contribuições importantes para o desenvolvimento da bioética e que foram praticamente publicados na mesma época. Com a multiplicação de teorias éticas baseadas em princípios, isso acabou por ir delineando e fortalecendo o esquema

---

<sup>89</sup> Não é à toa que a lei brasileira (Resolução 196/96) que regula as pesquisas científicas com seres humanos no Brasil, adote em sua estrutura os quatro princípios propostos por Beauchamp e Childress. No preâmbulo da resolução se pode observar que: “[...] [se] incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética, autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.” Para mais detalhes sobre esse documento, conferir: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23\\_out\\_versao\\_final\\_196\\_ENCEP2012.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf)> Acessado em Outubro de 2013.

teórico do principalismo ético em suas várias facetas.

Uma das teorias principialistas seria a própria teoria principialista de Beauchamp e Childres. Em segundo lugar se poderia citar Robert Veatch – que também participou da redação do Relatório Belmont, juntamente com Beauchamp como outro exemplo de teoria baseada em princípios. Outra importante referência seria Tristram Engelhardt, que teve uma importância considerável na elaboração do Relatório Belmont, pois dois princípios do Relatório foram retirados das ideias de Engelhardt, ou seja, a beneficência e o respeito pela pessoa. Este autor tem uma influência considerável no modo como se conhece hoje o principalismo, pois ele é um dos mais importantes teóricos nesse campo da bioética. Por fim, se poderia citar William Frankena, apesar de que ele possa ficar meio anacrônico nessa lista, pois se poderia dizer que o filósofo do livro *Ethics* é um dos idealizadores desse tipo de ética principialista.<sup>90</sup> Indo-se um pouco mais longe, poder-se-ia dizer que o próprio David Hume poderia ser colocado dentro dessa lista referente ao principalismo, pois quando este coloca na base de sua teoria a beneficência e a justiça, isso poderia ser considerado uma forma de principalismo, pois sustentam um tipo de moralidade que é composta por dois princípios elementares e independentes.<sup>91</sup>

Contudo, várias críticas começaram a aparecer ao modelo principialista desenvolvido por Beauchamp e Childress. Veatch afirma que “[...] têm aparecido contestações, sob a forma de outras abordagens, como a Teoria Casuísta, a Feminista, a Teoria da Responsabilidade e aquela que algumas vezes se costuma chamar de Dedutivismo”.<sup>92</sup> Cada

---

<sup>90</sup> As quatro teorias baseiam-se e aceitam a ideia de se fundamentar numa ética de princípios. Robert Veatch em sua teoria elenca cinco princípios: autonomia, justiça, compromisso, verdade e não matar. Engelhardt aceita também a ideia de se propor princípios, porém ele somente aceita dois: o consentimento ou permissão e a beneficência, nesta mesma perspectiva poderia se colocar Frankena, apesar de ser anterior (1963) a essa discussão bioética, para o qual a beneficência e a justiça seriam os princípios básicos. As contribuições de cada um dos autores podem ser vistas nos livros: BEAUCHAMP Tom; CHILDRESS James. **Principles of biomedical ethics**. New York: Oxford University Press, 1979. VEATCH, Robert. **A theory of medical ethics**. New York: Basic Books, 1981. ENGELHARDT H. Tristram. **The foundations of bioethics**. New York: Oxford University Press, 1986. FRANKENA, William K. **Ethics**. 2nd ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1973.

<sup>91</sup> DALL’AGNOL, Darlei. **Bioética: princípios morais e aplicações**. Rio de Janeiro: editora DP&A, 2004, p.28.

<sup>92</sup> VEATCH, Robert M. Principles and their alternatives: controversies in

uma delas, ao seu próprio modo, apontou para certas limitações da ideia principialista, mas como aponta o próprio Veatch, os princípios permanecem o ponto central da ética biomédica, e num plano mais amplo, a teoria principialista não está morta, mas tem problemas que devem ser solucionados.

A aparente simplicidade da teoria principialista que é um de seus pontos fortes é também um de seus pontos fracos, pois não nos fornece os elementos necessários para dar uma fundamentação mais sólida, aparecendo muitas vezes ser mais um paliativo ético teórico do que realmente uma solução teórica bem fundamentada e confiável.<sup>93</sup> Intencionalmente Beauchamp e Childress deixaram de lado em sua proposta principialista de quatro princípios universais, as referências antropológicas e axiológicas, não assumindo nenhuma concepção global de vida, não impondo nenhuma visão única do que seria a vida boa, nem qualquer teoria ética específica como fundamento para os seus princípios enunciados. A vantagem disso tudo, de não se comprometer com um ideal prévio aparece na sua grande capacidade de compartilhamento em contextos culturais diversos, proporcionando a teoria principialista ser inserida nas mais diversas culturas tornando-se uma teoria com traços de cosmopolitismo. Outro ponto positivo é por seu formalismo que torna possível a sua flexibilidade integradora. Mas disso, resultam as críticas de vagueza e ambiguidade. Mas quais são as bases teóricas que a teoria principialista usa para se sustentar? É isso que se passará a examinar agora.

---

theories of Medical Ethics. In: CLOTET, Joaquim. **Sobre bioética e Robert M. Veatch**. Porto Alegre: EDIPURS, 2001, p.23.

<sup>93</sup> Uma crítica pertinente é perceber que não se pode reduzir à bioética a ética biomédica, o que inevitavelmente parece ocorrer com a teoria principialista de Beauchamp e Childress. Essa crítica se faz justamente por não se preocuparem com questões que ultrapassem as aplicações médicas e biomédicas. Apesar de que como já foi comentado, nas últimas edições os dois bioeticistas vêm tentando corrigir e vêm ampliando a sua teoria para abranger outras características que não as que se ligam somente às questões que envolvem os seres humanos. No entanto, ainda parece ser uma abordagem insuficiente para os casos mais amplos.

## 2.2 FUNDAMENTOS DA BIOÉTICA PRINCIPIALISTA

Sob esse aspecto dos fundamentos da teoria principialista, é importante esclarecer alguns conceitos utilizados na teoria principialista de Beauchamp e Childress. É importante ter claro neste ponto de que forma se fundamenta o principialismo e de quais fontes eles retiram as suas ideias. Como já foi visto anteriormente sabe-se que o principialismo parte de uma teoria mista. “Os bioeticistas Beauchamp, seguindo tendências éticas utilitaristas, e Childress, um defensor do deontologismo.”<sup>94</sup> Eles desenvolveram sua teoria para resolver problemas que pareciam insolúveis na área da saúde humana e para facilitar o modo como poderiam ser solucionados casos biomédicos difíceis além de garantir um tratamento digno no uso de humanos em pesquisas bioéticas.

Não são somente essas duas teorias que influenciaram o principialismo, pois como foram modificando e incorporado novas ideias nas sucessivas edições do livro e na própria estrutura da sua teoria, os dois autores acabaram incorporando outras e novas influências. A partir de agora, outras teorias éticas são levadas em consideração e são debatidas dentro do principialismo. Atualmente essas novas incorporações lançam luzes renovadas para os debates e para o revigoramento do principialismo. Essas últimas assimilações são as teorias liberais individualistas, as comunitaristas, as éticas do “cuidado” (*ethics of care*), ética das virtudes, além das duas já clássicas e conhecidas éticas: a consequencialista e a deontológica. A ideia dessa complementação teórica ética é que uma teoria que tenha alguma deficiência em algum aspecto possa solucionar satisfatoriamente a outra, formando um tipo de *cooperativismo ético*. Com essa postura teórica de complementaridade, os autores pensam conseguir manter uma postura mais aberta, eficaz e “coerente”, pois é da própria natureza da bioética não polarizar a questão fornecendo um modelo único de raciocínio ético. Nesse âmbito, essa afirmação parece ser mais uma intuição metodológica do principialismo do que uma conclusão do que ele busca realmente alcançar.<sup>95</sup>

---

<sup>94</sup> DALL'AGNOL, Darlei. **Bioética**: princípios morais e aplicações. Rio de Janeiro: editora DP&A, 2004, p.28.

<sup>95</sup> Vale a pena reforçar novamente a ideia de que o principialismo mais do que uma ética é na verdade um método para resolução dos casos biomédicos, sendo melhor compreendido como um *procedimento de decisão bioético*. Assim, o principialismo seria mais bem compreendido se fosse entendido como uma

Ciente desses pressupostos, pois se adota nessa dissertação essa perspectiva por parecer a mais realista, vale a pena analisar outros problemas que também parecem ser importantes e que devem ser esclarecidos. Antes de qualquer coisa é necessário esclarecer e clarificar os pressupostos epistêmicos da teoria principialista. Baseados na ideia do *coerentismo*, a qual Beauchamp e Childress endossam como teoria epistêmica mais correta, colocando de lado a ideia de uma fundamentação ética pelo viés dedutivista ou indutivista. Assim, os dois autores pensam superar as dificuldades que os outros dois modelos apresentam. A teoria principialista parte de um fundamento ético que tem por base uma ética intuicionista. Que se desenvolve na ideia de propor uma lista de princípios e de que estes não podem ser entendidos de forma hierarquizada ou reduzi-los a um único princípio. Assim, defendem um tipo específico de coerentismo. Aqui é interessante perceber que essa concepção ética principialista intuicionista tem um problema, pois pode levar a arbitrariedade na aplicação dos princípios e pressupõe a intuição como meio de análise.<sup>96</sup>

Quando se analisa a teoria principialista dos dois bioeticistas, a primeira coisa que salta aos olhos são os pressupostos filosóficos normativos nos quais a sua teoria é fundada, ou seja, a teoria teleológica e deontológica. O principialismo assim compreendido, como uma reunião de várias teorias éticas distintas, pode ser visto como sendo uma *ética* que contém muitas e diferentes éticas dentro de si, o que acabou por ser positivo para a sua consolidação, porém ao passo de aceitar que surjam certas inconsistências que foram apontadas por seus críticos, a exemplo de Gert e Clouser. Esse *ecletismo bioético* tem o problema e paga o preço de levantar incoerências na aplicação da teoria. Por ter essa grande variedade de doutrinas dentro de seu escopo, às vezes, a teoria parece inconsistente.<sup>97</sup> Isso pode ser ilustrado com o seguinte exemplo:

---

metodologia ou um procedimento do que como uma ética pura.

<sup>96</sup> Para uma discussão sobre esse ponto, pode se conferir o livro de DALL'AGNOL, Darlei. **Bioética**: princípios morais e aplicações. Rio de Janeiro: editora DP&A, 2004, p.187. Assim, Dall'Agnol compreende que: "Por "base intuicionista do principialismo" entenda-se a admissão de que há uma pluralidade de princípios e que é impossível subsumi-los num único "metaprincípio" e que o critério de aplicação de um ou de outro depende da intuição do agente nas circunstâncias específicas de cada ação. O que é problemático, aqui, não é apenas a aparente arbitrariedade na aplicação dos princípios, mas, sobretudo, porque a intuição parece ser um recurso inseguro e até mesmo desnecessário."

<sup>97</sup> Seria o caso aqui de aplicar uma lógica paraconsistente. A lógica deôntica

a teoria principialista não pode propor um método de decisão inequívoco. Pois afirmar isso iria contra a ideia do pluralismo de valores da valoração *prima facie* de caráter intuicionista. Assim sendo, caso haja um confronto de princípio e para fins de argumentação imaginando que não se consiga pela especificação e ponderação encontrar um princípio que se sobreponha sobre o outro, isso ocasionaria um conflito de princípios que não poderia ser resolvido pela teoria.

Um dos pilares da teoria principialista, além da tese de que os princípios são válidos *prima facie* com uma base intuicionista, seria a necessidade de se pressupor a utilização do *método da especificação e da ponderação*. A partir dos quatro princípios e por meio do equilíbrio reflexivo – no qual se incluem a especificação e a ponderação – procurar-se-ia encontrar normas especificadas derivadas dos quatro princípios que fossem capazes de resolver as questões práticas, buscando ser coerente com as teorias morais pressupostas pelo principialismo, ponderando de modo correto, oferecendo uma resposta ao caso analisado. Dentro dessa perspectiva o que os autores procuram fornecer é uma teoria que proporcione princípios intermediários para a solução dos problemas bioéticos.<sup>98</sup> Para se desenvolver uma teoria ética

---

poderia aqui fornecer um cenário curioso e deslindar novas interpretações sobre esse fenômeno.

<sup>98</sup> “Beauchamp e Childress se referem a “princípios medianos” que, na opinião dos autores, podem ser compartilhados tanto pela moral do senso comum como pela reflexão filosófica por constituírem uma espécie de denominador comum entre juízos particulares e alguma teoria moral geral. Podem, em particular, ser aceitos por teorias morais doutrinariamente tão distantes como a deontologia kantiana e a teoria teleológica utilitarista. Prova disso seria o fato dos próprios autores defenderem pessoalmente teorias morais gerais diferentes: Beauchamp, o utilitarismo das regras; Childress, uma ética deontológica *prima facie*. Isso nos mostraria a possibilidade de existir um denominador comum, representado por alguns “princípios intermediários” (*mid level principles*) compartilháveis, no sentido de serem possivelmente capazes de orientar a elaboração de normas específicas no tratamento de casos concretos do campo biomédico num mundo pluralista. [...] Além disso, tais princípios não estariam logicamente submetidos a uma ordem léxica pré-estabelecida, ou hierarquia válida *a priori*, devendo-se, em caso de conflito entre princípios, escolher o princípio mais cogente num contexto específico ou, então, alguma regra derivável dele, de acordo com a situação concreta, fazendo intervir a força argumentativa decorrente da interpretação do caso em seu contexto.” SCHRAMM, Fermin Roland; PALACIOS, Marisa; REGO, Sergio. O modelo bioético principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, Abril. 2008,

coerente, aplicada às decisões clínicas, isso não poderia acontecer nem por uma pura dedução e muito menos, segundo os dois autores, por um viés indutivista, que seria inferida de casos particulares. Para a teoria ser viável, tal construção dever ser feita a partir de um modelo teórico distinto, que eles chamam de *middle level theory* (teoria de nível médio que levaria ao fim e ao cabo a uma convergência de teorias éticas distintas formando regras básicas que seriam partilhadas comumente por teorias rivais), tendo como apoio princípios éticos *prima facie* que funcionassem como modelo para assim serem adaptadas às situações concretas. Os princípios da moralidade comum são compartilhadas por teorias diversas e até opostas. Segundo Beauchamp e Childress “muitas e talvez a maioria das teorias levam a guias de ações similares e a similares virtudes”.<sup>99</sup> Cabe ressaltar que: “[...] o principialismo foi pensado e desenvolvido numa sociedade caracterizada pelo pluralismo moral e para a solução de problemas concretos. Não há, portanto, uma metafísica ou ontologia específicas permeando todos os princípios dessa teoria.”<sup>100</sup> Fruto do pragmatismo e da discussão na área médica, na qual não existem padrões fixos e imutáveis, a teoria principialista não quer dar uma forma acabada e definitiva de normas e regras ao profissional da saúde. Sendo que nenhum dos princípios tem o peso suficiente para decidir de maneira prioritária todos os conflitos morais. Desta forma, para Beauchamp e Childress é importante compreender o uso de duas categorias para se saber quando e como fazer a melhor escolha: a especificação e a ponderação.

Assim como na especificação, o método da ponderação não pode ser rigidamente ditado por algum “método” na teoria ética. Se o leitor busca orientação precisa e específica sobre o que se deve fazer em casos particulares ou ordenação léxica e precisa, Beauchamp e Childress são categóricos ao declarar que não fornecem esse tipo de raciocínio para a moralidade. Nesse momento,

---

p.367.

<sup>99</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.362. Para analisar isso, basta observar a convergência de várias teorias éticas que num primeiro momento parecem distintas. Isso corrobora a defesa da moralidade comum.

<sup>100</sup> CLOTET, Joaquim. **Bioética: uma aproximação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003, p.62-63.



cabem algumas observações acerca do pensamento principialista de Beauchamp e Childress. A busca árdua por uma ferramenta eficaz para a tomada de decisão na ética biomédica parece nortear todo o pensamento dos autores, que se apegam a uma especificação e ponderação de princípios capazes de solucionar uma enorme gama de problemas. Contudo, como eles mesmos afirmam, seus métodos não são automáticos nem onipotentes, pois Beauchamp e Childress admitem casos de conflitos morais insolúveis, apesar de tentarem os evitar de todas as formas. Entretanto, concordam que estes podem ser inevitáveis, e nesse momento seu principialismo se cala.<sup>101</sup>

Existe toda uma literatura filosófica que debate se existem ou não dilemas morais genuínos e a lógica paraconsistente poderia nesse caso auxiliar essa discussão. Para fins de argumentação, nesse trabalho conclui-se que não existam dilemas morais insolúveis “reais”. Um dilema moral genuíno existiria quando uma pessoa tem a obrigação moral de fazer A e tem ao mesmo tempo a obrigação moral de fazer B, e não tem como fazer ambas as obrigações que são corretas ao mesmo tempo, sendo que uma é a negação da outra. Alguns autores propõem que isso não seria um verdadeiro dilema moral no sentido lógico, ou seja, que esse tipo de situação não levaria a uma contradição *stricto sensu*. Em geral, se aceita que os dilemas, quando ocorrem, seriam apenas circunstanciais.<sup>102</sup>

Os autores, contudo, crêem ser possível diminuir essas consequências dilemáticas utilizando-se de seus princípios *prima facie*, pois os princípios assim entendidos poderiam fornecer um conjunto básico para se tomar as decisões mais acertadas, juntamente com a especificação e a ponderação para delimitar o problema. No entanto, isso não garante que não ocorram dilemas, mas garante pelo menos uma

---

<sup>101</sup> NUNES, Lauren de Lacerda; TRINDADE, Gabriel Garmendia. Princípios de ética biomédica: a abordagem principialista de Beauchamp e Childress e a resolução de conflitos morais. **Cognitio-estudos**: Revista Eletrônica de Filosofia, São Paulo: CEP/PUC-SP, vol.10, nº.1, janeiro-junho, 2013, p.63.

<sup>102</sup> Para mais detalhes sobre esse assunto, podem ser conferidos os seguintes autores: CRUZ, A. M. P. **Lógica deôntica paraconsistente**: paradoxos e dilemas. Natal: EDUFRRN, 2005. GOWANS, C. W. (Org.) **Moral Dilemmas**. New York: Oxford University Press, 1987.

probabilidade menor de que ocorram. Esse é um dos limites da teoria principialista.

Relacionado a discussão do que seja a especificação, busca-se detalhar o caso da maneira mais extensiva possível. Na ponderação de julgá-lo da maneira mais racional. Mas, e quando isso não é possível de ser alcançado? Pois bem, aí parece que o principialismo não possui um meio de dirimir esse conflito, apesar de que Beauchamp e Childress oferecerem uma alternativa. Os dois autores propõem a diferença entre dilemas práticos e dilemas morais genuínos, deste modo:

Conflitos entre exigências morais e auto-interesse algumas vezes criam um dilema *prático*, mas não estritamente falando um dilema *moral*. Se as razões morais concorrem com razões extramorais, podem ser levantadas questões difíceis a respeito de prioridades, ainda que não estejam presentes dilemas morais. [...] Alguns filósofos morais e teólogos argumentaram que embora existam muitos dilemas práticos envolvendo razões morais, não existem dilemas morais insolúveis.<sup>103</sup>

Pois, ao fim e ao cabo sempre há uma escolha e o dilema dito “real” se desmancha. O fato de não agir já é uma ação, logo algo é realizado e o dilema ético desfeito. Mesmo com esse recurso conceitual há uma diferenciação de níveis morais e de auto-interesse – que são extramorais. Os autores reconhecem que existem casos difíceis, que não têm uma única solução possível e decisiva e que isso faz parte da própria natureza dos problemas bioéticos, mas isso não gera automaticamente um dilema moral insolúvel. Esses casos “dilemáticos” ajudam pedagogicamente a desinflacionar as expectativas em relação aos princípios e as teorias éticas e bioéticas em geral. Pois, quando casos assim ocorrem, dá para se notar que não é possível prescrever de antemão uma única solução, percebendo-se implicitamente a pluralidade de ações possíveis. Desta forma, o principialismo tem muito a ajudar, mas não fornece um método único e infalível. Pois é da própria constituição da teoria principialista desenvolver-se numa sociedade democrática, tolerante, plural e pragmática, sempre aberta a novas perspectivas. Sendo que, dessa maneira, essa teoria se sobrepõe às

---

<sup>103</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.11-12.

teorias particularistas e fornece um quadro geral de escolha que aparenta ser mais apropriado para os casos bioéticos de nossa atual fase histórica.

A ideia de Beauchamp e Childress, em suma, pode ser compreendida como buscando fornecer um método apropriado de justificação, pelo qual os autores pensam ser possível dirimir conflitos que anteriormente não eram bem desenvolvidos e especificados nas outras teorias éticas concorrentes, e pensam que pelo seu método podem mostrar que, por uma especificação correta e coerente ou pela moralidade comum, é possível encontrar uma posição moralmente preferível e correta sob o ponto de vista moral. Assim, a especificação é um processo de reduzir o caráter de indeterminação de normas gerando uma norma mais específica para o caso. A ponderação (*considered judgments*) funciona de modo a fazer juízos arrazoados da ética, fornecendo e mostrando qual a norma que deveria se sobrepor sobre outra em determinada situação. Pela especificação e ponderação, os dois bioeticistas tentam mostrar como conciliar as duas perspectivas de fundo da sua teoria, que é o consequencialismo e o deontologismo, pois caso não se faça esse ajuste a teoria parece sofrer e entrar num quadro que dissociaria a teoria da ação, gerando uma esquizofrenia teórica.<sup>104</sup>

Essa ideia da ponderação é inspirada na construção teórica efetuada por John Rawls em seu livro “Uma teoria da Justiça”<sup>105</sup> de 1971, da qual Beauchamp e Childress retiram algumas concepções que crêem ser importantes para fundamentar a sua própria teoria ética.

---

<sup>104</sup> Segundo a interpretação de Martins: “Uma análise atenta das estratégias de ponderação e especificação revela a confluência de duas tendências opostas no principialismo de Beauchamp e Childress: a deontológica (não consequencialista) e a utilitarista (consequencialista). Como é possível conciliar estas duas tendências sem dar azo [motivo] a que a sua proposta seja qualificada de “esquizofrênica” – expressão utilizada por Clouser e Gert – foi o que procuraram mostrar ao postularem um deontologismo menos estrito ou menos rígido do que o deontologismo kantiano – na medida em que defendem a existência de obrigações, mas estas admitem sempre exceções – e, em simultâneo, um utilitarismo também moderado – que exige que se tenha em consideração um conjunto de fatores ou de circunstâncias nas tomadas de decisão ética.” MARTINS, Isabel O. P. Pinheiro de Matos. **A operacionalização dos princípios da Bioética no principialismo de Beauchamp e Childress.** [s.l.]. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10362/10612>>. Acessado em 10 de novembro de 2013, p.63.

<sup>105</sup> RAWLS, John. **Uma teoria da justiça.** São Paulo: Martins Fontes, 2008.

Rawls cria uma diferença conceitual que é central em sua teoria e da qual os dois bioeticistas emprestam por pensar serem úteis em situações bioéticas. Essa diferença é entre um equilíbrio reflexivo amplo e um estreito,<sup>106</sup> o qual desempenha um forte papel na justificação e na escolha de princípios. Tanto é assim que a bioética pode tirar proveito dessa metodologia. Rawls compreende estes dois modos de equilíbrio reflexivo da seguinte maneira:

Pensando agora numa pessoa qualquer, suponhamos que nós (enquanto observadores) encontramos a concepção de justiça política que menos exija revisões dos juízos iniciais dessa pessoa e que se comprove aceitável quando apresentada e explicitada. Quando a pessoa em questão adota essa concepção e a ela alinha seus outros juízos, dizemos que essa pessoa está em equilíbrio reflexivo restrito. O equilíbrio é restrito porque, embora as convicções gerais, os princípios fundamentais e os juízos específicos estejam alinhados, procurávamos a concepção de justiça que exigisse menos revisões para ganhar consistência, e nem concepções distintas de justiça nem a força dos vários argumentos que sustentam essas concepções foram levadas em conta pela pessoa em questão. Isso sugere que entendemos por equilíbrio reflexivo amplo (ainda no caso de uma pessoa) o equilíbrio reflexivo alcançado quando alguém considerou cuidadosamente outras concepções de justiça e a força dos vários argumentos que as sustentam. Mais exatamente, essa pessoa considerou as

---

<sup>106</sup> É importante ter clareza que Rawls modifica a importância desse conceito e de como este era compreendido no seu livro “Uma Teoria da Justiça” (1971) e de como passa a compreendê-lo no “Liberalismo Político” (1993). Dessa forma, “Deve-se ressaltar que em Liberalismo Político o método do equilíbrio reflexivo tem uma proeminência maior em relação às obras anteriores de Rawls, pois além de pressupor a ‘justiça como equidade’ como concepção política, não parte da perspectiva da ‘Posição Original’, mas da ‘cultura política pública’ na qual se efetiva o ‘consenso sobreposto’ através do equilíbrio reflexivo. [...] extraindo sua justificação da razão pública, donde a concepção normativa de pessoa é o seu ponto de partida.” GONDIM, Elnôra; RODRIGUES, Osvaldino Marra. John Rawls e a justiça como equidade: algumas considerações. **Diversa**. Ano I, n 2, p. 131-146, jul./dez. 2008, p.139.

principais concepções de justiça política encontrada em nossa tradição filosófica (inclusive visões críticas do próprio conceito de justiça – há quem pense que a visão de Marx é um exemplo disso), e pesou a força das diversas razões filosóficas e não-filosóficas que as sustentam. Nesse caso, supomos que as convicções gerais, os princípios fundamentais e os juízos particulares dessa pessoa estão alinhados; mas agora o equilíbrio reflexivo é amplo, dadas a reflexão abrangente e as várias prováveis mudanças de opinião que o precederam. O equilíbrio reflexivo amplo e não restrito é sem dúvida o conceito importante (*Teoria*, § 9, embora os termos "restrito" e "amplo" infelizmente não sejam empregados ali).<sup>107</sup>

Em termos mais simples, a distinção poderia ser colocada nesses termos: a) o *equilíbrio reflexivo restrito* ocorre quando se aceita uma concepção unicamente porque ela é compatível com as ideias gerais que já se tem sobre algo, não exigindo uma reflexão profunda sobre isso; b) o *equilíbrio reflexivo amplo* ocorre quando se aceita uma concepção qualquer, seja porque ela é compatível com as ideias gerais que já se tem sobre ela, seja porque é comparada com outras concepções, e também nesse caso ela se revela a melhor para todos. Para Rawls, o equilíbrio reflexivo amplo é o que importa, é claro, levando em consideração que Rawls se refere a uma questão de justiça, compreendendo a *justiça como equidade*, sendo que esta é mais adequada para uma sociedade democrática, pluralista, liberal, tolerante e capitalista.

Nessa direção, é interessante também explicitar o que se compreende por juízos ponderados na acepção que Rawls lhe deu e que é uma base importante na teoria principialista. Para obter a adesão dos outros numa discussão, deve-se observar quais são essas pessoas, e deve-se exigir um consenso mínimo, os quais teriam que ter as características morais da racionalidade e razoabilidade. Vale a pena compreender o que o próprio Rawls entende por juízos ponderados:

[...] aqueles juízos nos quais é mais provável que nossas capacidades morais se manifestem sem

---

<sup>107</sup> RAWLS, John. **Justiça como equidade**: uma reformulação. São Paulo: Martins Fontes, 2003, p.42.

distorção. Portanto, ao decidir quais de nossos juízos levar em conta, podemos, de maneira razoável, escolher alguns e excluir outros. Por exemplo, podemos descartar os juízos feitos com hesitação, ou aqueles nos quais tenhamos pouca confiança. Da mesma forma, podemos deixar de lado aqueles emitidos quando estamos aborrecidos ou amedrontados, ou quando estamos dispostos a ganhar a qualquer preço. [...] Os juízos ponderados são simplesmente aqueles emitidos em condições favoráveis ao exercício do senso de justiça e, por conseguinte, em circunstâncias nas quais são inaceitáveis as desculpas e as explicações mais comuns para o erro.<sup>108</sup>

Tendo analisado uma das influências do principialismo que advém de Rawls, isso ajuda a compreender como os julgamentos bioéticos podem ser realizados, diminuindo assim as incertezas quanto às intuições que temos, as quais são pressupostas pelo principialismo para se fazer uma deliberação bioética coerente. Assim, os autores discutem onde essa teoria se enquadra e qual tipo de método ético ela se utiliza para se estruturar.

Na busca de um método, que possa ser compartilhado pelo maior número de pessoas, e que apresente os menores conflitos, os autores procuram partir de uma perspectiva comum. Para começar, os autores falam em três modelos epistemológicos de construção da ética: a) modelo dedutivo, b) indutivo e c) coerentista. Descartam os dois primeiros tipos e propõem uma teoria bioética coerentista, pois nem a aplicação de princípios de cima para baixo (dedutivo), nem a simples indução, a partir da tomada de decisão de um caso particular concreto, são suficientes à bioética, na perspectiva dos dois autores. Pois, entre princípios abstratos gerais e os juízos concretos particulares, pode-se desenvolver uma terceira via que é a de se fazer um “equilíbrio reflexivo” entre ambas as posições, com isso, buscando um equilíbrio que possa superar os problemas comuns de cada método de fundamentação ética, sendo que o dedutivismo e o indutivismo ético, na visão dos dois autores, seria restrito demais para a bioética.

Desse modo, os autores crêem que na bioética existem três perspectivas gerais que predominam no cenário atual: I) o próprio principialismo desenvolvido por eles, II) a teoria baseada na moralidade

---

<sup>108</sup> RAWLS, John. Uma teoria da justiça. São Paulo: Martins Fontes, 2008, p.58.

comum (Gert e Clouser) e III) e a casuística (Jonsen, Toulmin).<sup>109</sup> Assim, Beauchamp e Childress compreendem que essas três correntes bioéticas que concorrem atualmente procurando apresentar a teoria mais razoável. Eles argumentam, obviamente, que a sua teoria parece ser a mais razoável.

Nessa linha, os dois bioeticistas pensam que para uma teoria bioética ser viável, deve haver certo chão comum e assim propõe uma lista com oito condições ou critérios metodológicos epistêmicos à construção de uma teoria bioética coerente. As características seriam: 1) clareza; 2) coerência; 3) abrangência; 4) simplicidade; 5) poder de explicação; 6) poder de justificação; 7) poder produtivo; 8) viabilidade. Assim, esses critérios forneceria as regras gerais para se construir uma teoria razoável (poder-se-ia formular outros critérios, mas se crê que estes sejam os mais importantes para os propósitos de uma bioética) tendo o último critério, a viabilidade, uma importância no caso do embate entre utilitarismo e kantismo. A viabilidade teórica é requerida justamente para frear um possível abuso conceitual, pois “[...] uma teoria moral proposta é inaceitável se seus requisitos são tão exigentes que eles provavelmente não poderão ser satisfeitos ou somente poderão ser satisfeitos por algumas poucas pessoas ou comunidades extraordinárias.”<sup>110</sup> Frente a isso, os autores escrevem:

Nós poderíamos formular outros critérios gerais, mas os oito que identificamos são os mais importantes para o nosso propósito. Uma teoria pode receber uma pontuação alta com base em um dos critérios e uma pontuação baixa com base em outro. Por exemplo, o utilitarismo é descrito como uma teoria internamente coerente, simples e abrangente com excepcional poder produtivo (*output power*), mas ele não é coerente com alguns de nossos juízos ponderados, especialmente com certos juízos sobre a justiça, direitos humanos e a importância de projetos

---

<sup>109</sup> JONSEN, Albert. TOULMIN, Stephen. **The Abuse of Casuistry: a history of moral reasoning**. Berkeley: University of California Press, 1988. De maneira genérica, a moral casuística pode ser compreendida como baseando-se no exame de casos *concretos* e das *decisões* e se utiliza desses exames para tirar as suas conclusões de acordo com eles.

<sup>110</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.336.

peçoais. Por outro lado, a teoria kantiana é consistente com muitos de nossos juízos ponderados, mas sua clareza, simplicidade e poder produtivo são limitados.<sup>111</sup>

Em relação à viabilidade dos quatro princípios e de suas pressuposições, estes se associam à ideia do pluralismo de valores que têm uma importância tanto para o fortalecimento das instituições democráticas de nosso atual momento histórico como também o próprio nascimento da bioética, quanto para o modo como a própria bioética foi estruturada, em especial no modelo principialista. Assim, “[...] um dos fatores que contribuíram para o nascimento e desenvolvimento da bioética foi precisamente a condição pluralista das sociedades modernas.”<sup>112</sup> Este fato, desempenhou um papel importantíssimo para as discussões bioéticas da atualidade, sendo que o ideal de se encontrar uma teoria perfeita, que elimine qualquer traço de disputa ou que forneça uma solução inequívoca, é suplantada por esse modelo pragmático que encara o próprio programa da bioética como disciplina, como um modelo ético aberto, o qual procura diminuir os dissensos morais cotidianos e que não tem a imodéstia de apresentar uma solução final. O pluralismo de valores espelha o pluralismo das sociedades democráticas, do qual o principialismo é uma consequência. Deste modo, qualquer pretensão a uma resposta final ou a proposta de uma solução que queira impor as suas regras de modo incondicional, não obterá a aceitação na atual conjuntura social em que vivemos. Assim, surgem duas possíveis fundamentações e justificações de nível epistemológico e político para o projeto bioético:

Refere-se à coexistência legítima de concepções de vida e valores diferentes, divergentes ou opostos. A tolerância é, por isso, uma exigência do pluralismo, que motivou dois modos diferentes de fundamentação. Por um lado, as perspectivas não-cognitivistas entendem que não há uma objetividade moral, sendo, por isso, a tolerância

---

<sup>111</sup> *Ibidem*, p.336.

<sup>112</sup> COUTINHO, Vitor. Bioética comum em contextos pluralistas. In: J. ASCENÇÃO (coord.) Estudos de direito da bioética, vol. IV, Almedina, Coimbra, 2012, p.338. Disponível In: <[https://www.academia.edu/1233810/Bioetica\\_comum\\_em\\_contextos\\_pluralistas](https://www.academia.edu/1233810/Bioetica_comum_em_contextos_pluralistas)> Acessado em 07 de fevereiro de 2012.



uma expressão da ausência de referências éticas que possam ser impostas a todos. Por outro lado, as perspectivas de caráter cognitivista consideram que o pluralismo não exclui a possibilidade de uma verdade moral. Afirmam, contudo, que o conhecimento e a realização prática dessa verdade não são uma aquisição definitiva nem exaustiva. As circunstâncias concretas da vida não conseguem abarcar totalmente todas as exigências éticas. Nesta perspectiva, o pluralismo e a tolerância não são justificção para cada um ficar fechado nas suas posições, mas exigem a abertura relacional ao outro.<sup>113</sup>

Destas duas perspectivas, tanto cognitivista como não-cognitivista, o que se requer e se busca alcançar é uma intersubjetividade,<sup>114</sup> que possa realizar a capacidade dos indivíduos chegarem a um acordo razoável. As posições, não-cognitivista e cognitivista, possibilitam observar que a bioética principialista não busca encontrar e nem pode fornecer uma objetividade final e acabada. O que é uma conclusão trivial, contudo ainda não conquistada, infelizmente. Pois as disputas acirradas e a intolerância ainda imperam.

Toda essa discussão que se travou até o momento parece coadunar-se ou levar a se pressupor o falibilismo.<sup>115</sup> A ideia de se

---

<sup>113</sup> *Ibidem*, p.338-339.

<sup>114</sup> A característica principal da intersubjetividade das pessoas morais é a capacidade dos indivíduos chegarem a acordos éticos através de uma justificação prática: “As questões morais se colocam de modo diferente das questões éticas: não como de orientação para a vida boa própria de cada um, mas como pretensões de pessoas sobre mim que devem ser respondidas reciprocamente. O caráter intersubjetivo das razões morais é incontornável e não pode ser reduzido à perspectiva ética do bem “para mim”. FORST, Rainer. **Contextos da justiça**: filosofia política para além de liberalismo e comunitarismo. São Paulo: ed. Boitempo, 2010, p.292.

<sup>115</sup> José Ferrater Mora explica o falibilismo contemporâneo derivado de Peirce da seguinte forma: “Segundo Peirce, deve-se rejeitar a pretensão de infalibilidade que demonstraram os cientistas e os filósofos; nem as proposições da ciência, nem as da filosofia são infalíveis. Podemos concluir, pois, que existem três coisas que jamais podemos esperar alcançar por meio do raciocínio: certeza absoluta, exatidão absoluta, universalidade absoluta.” MORA, José Ferrater. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Edições Loyola, 2001. [Tomo II]. p.993.

propor uma solução única, não é nem desejável nem possível no contexto atual de nossas vidas e sociedades seculares, pois implementaria um modelo unitário que ultrapassaria e imporiria um modo de vida boa que não se relaciona com a perspectiva contemporânea. Assim, os não-cognitivistas tendem a mostrar que a tolerância é o elemento que mantém os princípios funcionando, tendo as emoções como guias que asseguram certa ordem e generalidade de ideias comuns, que permitem o funcionamento de forma cooperativa da sociedade e dos valores éticos. Já os cognitivistas não crêem numa objetividade cabal. Apesar de endossarem que há um valor de verdade nas expressões éticas, tais expressões não são produtos definitivos nem exaustivos, estando abertos ao diálogo intersubjetivo na procura de padrões éticos comuns. Mas como isso é possível levando em conta o modo como o principialismo opera?

Pois “O principialismo é uma teoria moral embasada em princípios *prima facie* e aplicada ao campo dos dilemas e conflitos morais que surgem na área biomédica”.<sup>116</sup> Note-se que não se define aqui a bioética de maneira geral e sim específica, preocupada mais com os casos da biomedicina. Esta é uma visão que sofreu várias crítica por sua forma reducionista de se compreender a própria natureza da bioética. Em geral, quando se fala em principialismo se fala em ética médica, o que como foi comentado acima é uma visão equivocada, pois acaba por não englobar em suas problemáticas e questões discussões que ultrapassassem o campo da biomedicina.

Dessa perspectiva de compreender a bioética como atrelada a área biomédica, que se manteve e acabou predominando nas discussões em geral, se levantaram ainda outras questões e essas se relacionam às críticas que foram endereçadas a esse modelo de bioética por ser demasiadamente influenciada pelo ideal norte-americano. Esse tipo de crítica visa destacar que a teoria desenvolvida pelos dois bioeticistas é demasiadamente restrita, pois leva em consideração uma única sociedade (a norte-americana) com uma realidade distinta das outras, não sendo um padrão realista. Assim, a teoria principialista:

[...] foi muito criticada nos anos 80 por supostamente atribuir uma ênfase demasiada ao

---

<sup>116</sup> SCHRAMM, Fermin Roland. A autonomia difícil. **Revista Bioética** (Impresso), Brasília, CFM, v. 6, n.1, p.27-37, 1998. Disponível em: <<http://groups.yahoo.com/neo/groups/redecolmeia/conversations/topics/1586>>. Acessado em Novembro 2013.

princípio do respeito à autonomia individual, em detrimento dos outros princípios *prima facie* e por ser (supostamente) o típico produto do individualismo protestante norte-americano (e em parte britânico) e seus valores não serem necessariamente pertencentes a outras culturas morais, inclusive à cultura “mediterrânea” e “latino-americana”.<sup>117</sup>

Essa crítica parece ser demasiadamente culturalista ou contextualista, não desferindo na teoria em si uma crítica relevante, pois não se aplica a metodologia da teoria, mas simplesmente da sua gênese. Assim essa crítica acaba por se tornar trivial. Utilizando-se de um expediente crítico cultural focando a sua pertença a uma cultura específica, parece ser uma crítica de ordem menor, pois acusar uma teoria por sua nacionalidade não parece ser um argumento coerente para redefinir ou refutar uma teoria. Críticas dessa natureza aproximam-se muito mais de uma falácia do que de um contra argumento contundente. Uma leitura mais correta pareceria se ligar a essa compreensão:

[...] se, por um lado, é razoável estigmatizar o principialismo se este privilegia de fato e *a priori* o princípio da autonomia em detrimento dos demais princípios (por exemplo, o princípio de justiça), sobretudo quando temos em conta as profundas injustiças sociais que assolam muitas sociedades atuais (“mediterrâneas”, “latino-americanas” e outras), por outro, a crítica nem sempre procede porque o principialismo, quando corretamente aplicado, não procede desta forma. De fato, o principialismo é simultaneamente analítico e pragmático, quer dizer, uma metodologia da análise moral que analisa, de forma racional e imparcial, os argumentos morais em situações concretas de conflitos de interesses e valores *prima facie*, visando dirimir, quando possível, os conflitos pela escolha dos melhores argumentos.<sup>118</sup>

Essa interpretação coaduna-se corretamente com o que

---

<sup>117</sup> *Ibidem.*

<sup>118</sup> *Ibidem.*

Beauchamp e Childress procuram desenvolver com a sua teoria, oportunizando assim para todos que se encontram em situações de risco um modelo pragmático para se fazer escolhas morais mais plausíveis e corretas da perspectiva ética. Portanto, o principialismo:

[...] é exatamente o contrário de uma operação reducionista, como pretende, muitas vezes, a crítica antiprincipialista, pois o principialismo (pelo menos como o entendemos) não atribui de fato nenhuma prioridade lexical (ou *a priori*) ao princípio de autonomia sobre os demais princípios, nem se restringe necessariamente aos quatro princípios “canônicos” (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça), mas constitui, antes, uma opção metodológica para lidar com situações trágicas no campo biomédico, qual seja, onde existem dilemas morais resultantes de valores legítimos em competição entre si.<sup>119</sup>

Dessa forma, o principialismo mostra-se robusto em relação a algumas críticas que foram desferidas a essa teoria sem a devida compreensão, sendo críticas menos comprometedoras ou mesmo menores, pois a crítica que a acusa por sua origem individualista e protestante, o que é uma marca da cultura norte-americana, erra em acertar o alvo.<sup>120</sup> Com isso não se afirmar que não existam críticas ao

---

<sup>119</sup> *Ibidem.*

<sup>120</sup> Críticas dessa natureza contextualista foram feitas por Volnei Garrafa que propõe uma nova bioética, que ele chama de “Bioética interventiva”. Para este autor a maneira acrítica que foram aceitas as ideais e teorias bioéticas vindas de outras culturas, principalmente a norte americana, são absurdas e não respondem aos problemas criados pela nossa cultura latino americana. Para Garrafa, existem problemas específicos a cada cultura, que não podem ser solucionados de maneira universalista como prega o principialismo. Nesse artigo, Garrafa elenca outras críticas que ultrapassam o viés contextualista. Cita-se dois: “[...] a) a bioética sofreu, já em 1971, uma redução da sua concepção “potteriana” original, restrita ao âmbito biomédico; b) O tema da autonomia foi maximizado hierarquicamente em relação aos outros três, tornando-se uma espécie de superprincípio. Este fato contribuiu para que, em alguns países, a visão individual dos conflitos passasse a ser aceita como a única vertente verdadeira e decisiva para a resolução dos mesmos.” Para mais detalhes pode se consultar seu artigo. In: GARRAFA, Volnei. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Revista Bioética**. Brasília, v.13, n.1, set. 2005. Disponível em:<[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/97/](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/97/)

principalismo de Beauchamp e Childress, pois é óbvio que existem dificuldades e problemas na teoria principalista. Uma delas pode ser colocada nos seguintes termos feitos por Nussbaum que cita Buchanan:

É aqui, como reconhecem esses autores [cita Buchanan], que entra a filosofia. [...] eles distinguem cuidadosamente o seu projeto de uma abordagem, comumente encontrada em ética médica, de que as pessoas simplesmente alardeiam um número pequeno de princípios familiares, desligados de qualquer teoria global, e apenas os associam a casos específicos. Essa visão não merece nem sequer ser chamada de filosofia.<sup>121</sup>

Contudo, essa leitura é por demais reducionista e pessimista em relação ao projeto que vem sendo desenvolvido e trabalhado por Beauchamp e Childress, porém não é de todo errado. Ficar preso na perspectiva biomédica parece ser um problema grave a teoria principalista e que essa deve encontrar uma resposta.

Beauchamp e Childress estão cientes e reconhecem alguns limites de sua teoria e por isso vem alterando sua proposta. Contudo com a pressuposição da ideia de uma moralidade comum parece fornecer algum subsídio ou pelo menos um argumento contra essa visão anti-filosófica da teoria principalista. Pois a teoria global que estaria por trás dessa teoria da moralidade comum pode fornecer a base que faltava ao principalismo, tornando-o assim mais amplo e geral. Contudo, esse problema da super especificidade do principalismo ainda é uma deficiência que ronda essa teoria. O principalismo desenvolvido por Beauchamp e Childress acaba ainda dando muito valor às questões de ética médica, sendo que as discussões mais amplas da bioética nunca foram muito bem desenvolvidas. Isso quer dizer que a bioética específica (B.E.) ou biomédica acabou por predominar sobre a bioética

---

102.> Acessado em 29 de janeiro de 2014, p.128.

<sup>121</sup> BUCHANAN *Apud* NUSSBAUM, Martha C. Genética e Justiça: tratando a doença, respeitando a diferença. **Impulso**, Piracicaba, v.15, n.36, p.25-34, jan./abr, 2004, p.29. Essa crítica é feita justamente pela falta de princípios mais gerais e robustos dentro da área biomédica proposta por Beauchamp e Childress e porque os princípios pressupostos por eles não dá conta de problemas bioéticos mais amplos, associados a meio ambiente e as futuras gerações. Talvez a moralidade comum possa ser uma resposta a essa crítica.

geral (B.G.) no contexto do principalismo.<sup>122</sup> É importante fazer essa distinção, pois a bioética tem uma preocupação mais ampla, sendo o conceito de vida o seu núcleo, isso seria ligado as preocupações potterianas, fortemente ligadas a uma ética global, interligando, meio ambiente, sociedade, indivíduos, culturas, animais não-humanos, etc. Porém, a ética biomédica não tem essa generalidade, ficando restrita somente ao conceito de vida referente exclusivamente a seres humanos e com as pesquisas envolvendo seres humanos e as suas inter-relações entre médico e paciente.<sup>123</sup> Essas críticas são difíceis de se resolver, e a curto prazo não parecem ter uma solução simples, mas devem ser enfrentadas.

Desta forma, é interessante ter a compreensão de que a bioética geral não é e nem se resume numa ética médica, como comumente é compreendida como se fosse. Ter essa distinção em mente ajudará a ampliar o debate e não se fixar somente na relação entre ética e medicina, transcendendo assim a um debate mais amplo. Pois, como se tentou mostrar nessa discussão, a bioética nasceu para dar conta das preocupações da nova sociedade vindoura, que estavam nascendo e seus vários problemas relacionados com os avanços técnicos e científicos que colocaram em cheque as futuras gerações e sua possível perpetuação e sobrevivência no mundo.<sup>124</sup> Em suma, a fundamentação do

---

<sup>122</sup> Cabe relembrar que foi feito desde o início desse trabalho uma diferença entre a *bioética geral* e a *bioética específica*. Na introdução e no primeiro capítulo foram comentadas as diferenças.

<sup>123</sup> *Grosso modo*, pode se dividir a bioética em geral (B.G) e específica (B.E). A bioética geral tem como preocupação a vida como um todo (tendo como seus principais autores: Potter, Jahr e Jonas), *versus*, a bioética específica, que tem como foco os problemas éticos nas ciências da saúde suscitados pela biomedicina (como importantes autores estariam o próprio Beauchamp e Childress). Uma observação que deve ser esclarecida é que os dois bioeticistas vem sistematicamente reformulando e ampliando as suas preocupações além do caráter meramente relacionado a ética médica, tentando assim ultrapassar a bioética específica.

<sup>124</sup> Historicamente Fritz Jahr em 1927 desenvolveu pela primeira vez o conceito de bioética que leva em conta vários fatores ligados ao passado/presente e futuro do planeta e da espécie humana, problemas envolvendo questões de biologia e a relação de cuidado pelo meio ambiente. Atualmente vêm predominando na bioética as questões ligadas somente à área biomédica, o que se configura ser uma redução do escopo de abrangência do que a bioética procura trabalhar. Por isso a importância da nota anterior sobre a divisão em bioética geral e específica. Conferir: *Fritz Jahr's 1927 Concept of Bioethics*. In:

principalismo não pode basear-se ou pensar que basta a si somente refletir sobre as preocupações relacionadas a área biomédica. Tem também que se responsabilizar pela discussão mais ampla referente a bioética como um todo. O fundamento do principalismo deve ser o mais amplamente possível compartilhado. Contudo, isso não refuta que a preocupação com o ser humano especificamente seja em si um problema. Pois somos seres que também merecem respeito. Apenas é mais restrita do que uma teoria que busca encontrar um princípio válido para todo o planeta terra, o que não parece ser uma tarefa nada fácil.<sup>125</sup> Assim, a crítica feita a teoria principalista por ela ser demasiadamente estrita, antropocêntrica e individualista, pode até ser correta, no entanto o principalismo torna-se amplo e universal na medida em que tenta propor a sua validade a todos os seres humanos que podem ser afetados por ações antiéticas.

---

**Kennedy Institute of Ethics Journal**. v.17, n.4, Dez. 2007, (p.279-295). Há uma página na internet, que disponibiliza todos os textos de Fritz Jahr. Ali é possível encontrar o texto de Fritz que utilizou pela primeira vez o conceito bioética. Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze. **Kosmos**. Handweiser für Naturfreunde, 1927, 24 (1), p.2-4. <<http://www.ethik-in-der-praxis.de/ethik/fritz-jahr/index.htm>> Acessado em Junho de 2013. Conferir também os escritos de V. R. Potter: POTTER, Van Rensselaer. Bioethics, science of survival. **Perspectives in Biology and Medicine**. v.14, 1970, p.127-53. E o seu mais famoso trabalho o livro: POTTER, Van Rensselaer. **Bioethics: bridge to the future**. New Jersey: Prentice Hall; 1971.

<sup>125</sup> Defender uma teoria que proponha uma ética mais ampla (bioética geral) não é nada fácil. Os únicos seres que valoram as coisas e que procuram respeitar outras coisas são os seres humanos. Tentar defender uma teoria que valore intrinsecamente ou inerentemente outros seres é complexa e difícil. Toda a valoração sempre tem como intuito ou como finalidade o próprio ser humano como criatura senciente. O argumento defensável ficaria restrito a um caráter instrumental e utilitarista. Caso se ultrapasse isso fica difícil de se entender qual seria a defesa racional: “levar uma ética além dos seres dos sencientes, e fazê-lo plausivelmente, é uma tarefa difícil. [...] Se pararmos de falar em termos de sciência, o limite entre objetos naturais vivos e inanimados fica mais difícil de defender.” SINGER, Peter. **Ética prática**. 3ª Ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2006, p.292-293. A linguagem ética, caso proponha valores transcendentos à razão e à sensibilidade entraria numa espécie de realismo mágico, pois ultrapassaria o nosso entendimento, usando a linguagem apenas como metafórica. Sendo assim, procurar defender uma bioética ampla ao invés de uma bioética restrita não é um projeto simples e muito menos fácil.

## 2.3 A IMPORTÂNCIA DA MORALIDADE COMUM NO PRINCIPIALISMO

A teoria principialista de Beauchamp e Childress, baseia-se em um modelo de explicação ética que deve ser previamente descrita para se entender como se estruturam as ideias e a própria teoria principialista como um todo coerente.<sup>126</sup> A preocupação dos dois bioeticistas norte-americanos tem uma ênfase em duas características metodológicas básicas que devem ficar claras para se evitar possíveis mal entendidos na aplicação de sua teoria. Essas características são o método e a justificação moral. Pois, para eles, “As questões sobre método estão intimamente conectadas às questões de justificação.”<sup>127</sup>

Primeiramente, o método, ou seja, como se chegou a essa ideia teórica que procura colocar princípios em sua base e, em segundo lugar, a justificação, ou de como podem ser defendidos, demonstrados, comprovados ou mesmo se fornecer motivos adequados para que os princípios sejam considerados razões suficientes para responder à demanda para a qual foram pressupostas para solucionar os problemas bioéticos.

Neste caso, quer-se passar em análise alguns pontos que são importantes para se ter uma visão mais ampla da teoria principialista. Busca-se verificar então neste item os seguintes tópicos:

I. Como os autores compreendem a ideia normativa e não-normativa de ética;

II. O papel que a moralidade comum desempenha dentro da teoria, sendo que a moralidade assim compreendida é uma moralidade universal, sendo as moralidades particulares entendidas como não universais, tornando-se assim o reverso da moralidade comum;

III. Dilemas morais e o esquema das normas morais e sua escolha em caso de conflito de princípios.

---

<sup>126</sup> Daqui para frente, quando se falar em teoria principialista, sempre deve-se compreender como se referindo única e exclusivamente a teoria principialista de Beauchamp e Childress. Acima se comentou das várias teorias principialistas, sendo o Relatório Belmont um dos tipos, mas quando se comentou sobre isso, tinham-se em mente todas as teorias que se utilizam de princípios como a principal base teórica de determinada teoria ética. No entanto, de agora até o final desse trabalho, quando se falar em teoria principialista sempre se estará se referindo a teoria de Beauchamp e Childress.

<sup>127</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.368.



Desta forma, deve-se deixar claro, que por hora irá se analisar o caso específico da medicina. Para os dois bioeticistas a ética médica teve uma continuidade comum e ininterrupta de Hipócrates até metade do século XX. A partir de meados de mil novecentos e cinquenta a medicina se transforma, pois com o desenvolvimento rápido e vertiginoso da biologia e das ciências da saúde de um modo geral como das novas tecnologias de suporte de vida, acabou-se criando um novo cenário e com isso começou a surgir uma série de problemas que até então não existiam na medicina.

Desta forma, a adequação dos tradicionais *guias morais* que perduravam desde os gregos atrelados a tradição hipocrática e que chegaram até o século XX não pareceram mais oportunizar a partir desse momento uma solução razoável para os novos problemas. Para mostrar isso, um exemplo citado que é exposto pelos autores é a tradição hipocrática que negligenciou aspectos importantes que a ética hoje não pode deixar de lado, como a veracidade, privacidade (ligado à autonomia), distribuição de recursos ao cuidado da saúde (ligados à justiça), responsabilidade comunal, o uso de sujeitos nas pesquisas médicas, entre outros. A partir dessas novas demandas, o juramento hipocrático, com suas máximas ligadas principalmente a beneficência e não-maleficência, já não conseguia responder a uma variedade de questões, pois esses ultrapassavam em demasia o seu escopo de aplicação. O que fazer frente a esse novo quadro de problemas que apareceram? Primeiramente é importante esclarecer qual o papel que a ética principialista pode ajudar a desempenhar nesse caso. Ou melhor, o que eles entendem por ética e moral.

Uma coisa importante a se fazer neste ponto é diferenciar, como Beauchamp e Childress compreendem a ética normativa da ética não-normativa. Os autores comentam que é necessário antes de começar a se discutir isso é esclarecer e diferenciar o que se entende por moralidade e ética profissional. Pois para eles a ética é um termo genérico, que cobre múltiplos e diferentes modos de se examinar e entender a vida moral. Contudo, a ética profissional, como o nome diz, fica restrita a uma profissão específica. Tendo isso em vista, os dois bioeticistas comentam que algumas abordagens na ética são normativas e outras não-normativas. A ética se dividiria então em normativa e não-normativa.

A ética normativa em geral se foca em tentar responder a seguinte questão: quais normas morais em geral poderiam ser entendidas como um guia de valoração de conduta e quais normas poderiam ser aceitas por todos e por quê? É importante distinguir nesse caso, a ética prática ou ética aplicada (que aqui são compreendidas como sinônimas)

de uma ética teorética. A ética prática é uma tentativa de interpretar normas gerais com o objetivo de abordar problemas particulares em contextos particulares. No caso de se usar o termo *prática*, isso se refere aqui a sua aplicabilidade real a casos concretos. Ou seja, ligados a questões da profissão, de instituições e governos, tentando criar um local de ampla discussão de problemas emergentes, por exemplo os comitês de ética. No entanto, muitas vezes não há um movimento simples das normas – na forma de teorias, princípios ou antecedentes – em direção aos julgamentos particulares simples, causando tensões e problemas. Assim, as normas geralmente são usadas como pontos de partida para se desenvolver uma norma de conduta concreta mais ampla. A ideia da normatividade para os autores deve ser entendida então como desempenhando um papel abrangente, tentando fornecer e justificar a adoção de certo valor em detrimento de outro:

A teoria deve ser tão abrangente quanto possível. A teoria seria totalmente abrangente se for responsável por todas as normas morais justificáveis (por exemplo, comparada com uma outra que inclui apenas o respeito pela autonomia) variando de teorias com todas a nenhuma norma importante. Embora os princípios apresentados neste livro sob os títulos de respeito à autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça *estão longe de ser um sistema completo para a ética normativa geral, eles fornecem um quadro geral abrangente para o específico domínio da ética prática biomédica*. Nós não precisamos de princípios gerais adicionais, mas especificamos esses quatro princípios para gerar as regras: manter promessa, veracidade, privacidade e sigilo, as quais aumentam a abrangência da consideração.<sup>128</sup>

Note-se que os autores não propõem uma ética global em *lato senso*. Estão cientes de que sua bioética se aplica a um determinado ambiente. Mas com uma validade amplificada por sua generalidade dentro do escopo de sua aplicação. *É uma ética universal restringida*. Sendo assim a universalidade aqui não precisa ser *estrita* ou *plena*, visto

---

<sup>128</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.335. (Grifo meu).

que se encontra num nível mais empírico e factual – esperar sempre a unanimidade nos resultados das decisões morais ou éticas seria absurdo – a universalidade aqui pode ser *restringida* ou *parcial* (pode ser a expressão da maioria em determinado contexto, neste caso o bioético).

Na mesma esteira, surgem as éticas não-normativas. Neste caso, a ética pode ser ou descritiva ou metaética. A ética descritiva é uma investigação factual das crenças morais e da conduta das pessoas. Utiliza-se de técnicas científicas para estudar como as pessoas raciocinam e agem. O segundo tipo seria a metaética, a qual envolve a análise da linguagem, conceitos, e métodos de raciocínio da ética normativa. Em suma, “[...] a ética descritiva e a metaética são não-normativas porque seu objetivo é estabelecer o que factualmente ou conceitualmente é o caso, não o que eticamente *deveria ser* o caso ou o que é eticamente valioso.”<sup>129</sup> A distinção entre o real e o reino especulativo, do que *é* (nível descritivo) e o do que *deveria ser* (nível normativo) mostra que as diferenças são importantes para saber onde se posicionar e como usar cada um dos tipos em cada caso específico.

Para Beauchamp e Childress, no seu livro *Princípios de Ética Biomédica*, as preocupações normativas e não-normativas se mesclam. Afirmam que em geral em seus estudos, se referem frequentemente a relatos da *ética descritiva*, ou seja, a *uma investigação factual das crenças morais e da conduta das pessoas*. Como exemplo, cita o caso da discussão da natureza dos códigos de ética profissional. Contudo, o interesse dos autores é saber se as prescrições encontradas em tais códigos são *justificáveis*, o que é uma questão normativa. Assim, quando se analisam os códigos de ética a ética normativa tem que ser utilizada.<sup>130</sup>

Desta forma é importante ter claro como os autores se utilizam e compreendem os termos “princípios” e “regras”. Tudo se passa como se os *princípios* fossem normas gerais de ação que possibilitam formular regras mais específicas. Com a formulação dessas regras com um conteúdo específico, elas podem ser aplicadas a casos concretos. Tudo

---

<sup>129</sup> *Ibidem*, p.2.

<sup>130</sup> Em nota, os autores comentam que essa distinção deve ser usada com cautela, pois a metaética frequentemente apresenta traços normativos. Fazem essa distinção porque crêem ser importante para conseguir fazer a separação, caso contrário ficaria difícil de fazer uma diferença entre ética prática e ética normativa ou entre ética normativa e metaética, pois na realidade uma se mistura na outra.

isso tem que estar em ordem com algumas ideias básicas que se referem aos direitos, virtudes e emoções.

Feito as devidas explicações e divisões entre as éticas normativas e não-normativas, os autores passam a explicar o que entendem pela moralidade comum.<sup>131</sup> Esse é um fator importante para se compreender toda a ética principialista:

A moralidade comum é um conjunto de normas compartilhadas por todas as pessoas sujeitas à moralidade. A moralidade comum não é meramente *uma* moralidade, em contraste a outras. A moralidade comum é aplicável a todas as pessoas em todos os lugares, e nós certamente julgamos todas as condutas humanas por seu padrão. [...] Uma característica interessante de se comentar é a diferença enunciada sobre padrões de ação e traços de caráter moral que compõe a moralidade comum. “[...] *padrões de ação* (regras de obrigação) encontradas na moralidade comum: (1) não matar, (2) não causar dor ou sofrimento a outros, (3) prevenir que ocorra um mal ou dano, (4) ajudar pessoas em perigo, (5) dizer a verdade. (6) alimentar jovens e dependentes (7) manter promessas, (8) não roubar, (9) não punir um inocente, e (10) obedecer a lei. [...] *traços de caráter moral* , ou virtudes, reconhecidas na moralidade comum: (1) não malevolência, (2)

---

<sup>131</sup> É importante salientar que nessa dissertação, não se procurou justificar a moralidade comum utilizando-se de uma estratégia naturalista, ou seja, que busca explicar a evolução da moral em bases biológicas como Marc Hauser tentou fazer. Cabe um comentário aqui em relação aos estudos de Hauser, pois desde 2007 seus estudos passam por uma reavaliação. Acusado de má conduta científica, seus estudos ficaram manchados e atualmente desacreditados, seus estudos com primatas e da capacidade de entenderem uma linguagem, foram manipuladas pelo próprio cientista. O caso todo veio a tona com a acusação de alunos que o ajudavam nas pesquisas em Harvard. Encontradas certas inconsistências, foram coagidos a aceitar as conclusões do pesquisador. Uma estratégia mais interessante seria a de Kwame Anthony Appiah, baseado em revoluções valorativas históricas que vão se sucedendo e transformando os valores morais historicamente. Contudo, tampouco se procurou fazer essa ancoragem teórica nas ideias de Appiah. Sendo assim, a ideia da moralidade comum é aceita de forma universalista, ao estilo kantiano, no qual a razão forneceria os princípios e sua fundamentação.

honestidade, (3) integridade, (4) conscienciosidade (5) confiabilidade, (6) fidelidade, (7) gratidão, (8) veracidade, (9) amorosidade, e (10) benevolência. Essas virtudes são admiradas universalmente como traços de caráter.<sup>132</sup>

Essa seria uma definição ampla de como os autores compreendem a moralidade comum. Comentam em seu livro que existe uma diferença entre uma moralidade comum ordinária e uma extraordinária. Assim comentam que: “Ordinariamente é um padrão moral aplicado a todos; extraordinariamente é um padrão não aplicado. Padrões na moralidade comum, pertencentes a todos. Estes padrões formam uma moral mínima.”<sup>133</sup> Essa moral mínima é o que garante a homogeneidade moral das pessoas. Contudo, no caso de se ter um padrão moral extraordinário, que não é requerido a todos, como no exemplo de um traço de caráter ou uma virtude, como exemplo poderia se citar o traço de caráter ligado a generosidade, não necessariamente levaria a um problema. E de fato não leva a um problema. Este padrão não pode ser exigido ordinariamente, pois não ser generoso, não é imoral. Traços desse tipo são beneficentes e sempre serão valorizados e retribuídos em nossa sociedade tornando as pessoas mais confiantes e felizes. No entanto, não são exigidos obrigatoriamente. Perceba que traços ligados ao princípio da não-maleficência têm uma prioridade, no sentido de serem sempre requeridos, não podendo ser deixados de lado ou não serem observados mais detidamente. Ou seja, é um padrão moral ordinário que sempre e primeiramente, deve ser aplicado a todos.

Outro exemplo de uma moral comum extraordinária poderia ser descrito pela moral particular que é endossada por um determinado grupo, com valores particulares, como no exemplo da maçonaria. Esse é um exemplo de ação que ultrapassa as exigências morais, porém não são censuradas, pois são características importantes da vida moral, no entanto não é compartilhado por todos, mas somente pelos que são simpatizantes ou seguidores da seita maçônica.

No entanto é interessante clarificar que tipos de ações morais os autores endossam. Essa caracterização da moralidade comum leva a se construir a ideia de quatro categorias de ação moral:

---

<sup>132</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.3.

<sup>133</sup> *Ibidem*, p.47.

[...] (1) ações que são certas e obrigatórias (e.g. dizer a verdade); (2) ações que são erradas e proibidas (e.g. matar); (3) ações que são opcionais e moralmente neutras (nem errado nem obrigatório, e.g. jogar xadrez com um amigo); (4) ações que são opcionais, mas moralmente meritórias e louváveis (e.g. levar flores para um amigo doente).”<sup>134</sup>

O caso da generosidade se encaixaria na quarta caracterização, pois é opcional e não é uma obrigação no sentido forte e a maçonaria se enquadraria na terceira caracterização, pois é uma ação que é opcional e moralmente neutra. No entanto, as duas primeiras categorias, que são as ações certas e obrigatórias e ações que são erradas e proibidas é o que interessa para a análise a ser feita nesse estudo. Sendo assim, e de uma forma sintética, poderia se dizer que a função da ética é fazer o bem e evitar o mal. Uma observação é que se pode modificar a primeira ação exemplificada como dizer a verdade por não mentir. Então, como saber se existe uma prioridade da não-maleficência ou da beneficência?

O senso comum poderia colocar isso da seguinte maneira “Se não puder fazer o bem, o mal não se faz pra ninguém.” Com essa ideia de Seu Chico, conhecido morador de Florianópolis, fazedor de cachaça e de farinha de mandioca, pode-se resumir a ideia generalizada pelo senso comum do que a moralidade comum deve garantir e endossaria. Nessa acepção o princípio da não-maleficência seria priorizado.

No entanto, parece que na forma que é apresentada a moralidade comum, essa apresenta certos comprometimentos que são de difícil solução. Uma impressão que surge é que a partir de agora o pluralismo ético entre em declínio, pois parece haver *a* moral que une todos os afetados – o principialismo parece tornar-se fundacionista. Por fundacionismo, se entenda a característica de que o principialismo pressupusesse uma raiz única para todas as nossas ideias morais. O exemplo é o caso da moralidade comum, partilhada por *todos*. Nesse caso, parece haver uma tensão dentro da teoria. Pois, ou existe uma teoria moral melhor do que as outras e que deve ser priorizada, ou não existe e não se pode defender nenhuma concepção moral. Como poderia se superar esse problema? Esse embaraço parece acontecer justamente por se afirmar que há uma moralidade comum, que de certa forma fornece uma homogeneidade ao principialismo e afirma-se

---

<sup>134</sup> *Ibidem*, p.47.

simultaneamente que não pode haver uma teoria única que fornecesse as bases do princípalismo. Pois havendo uma teoria unitária ele se comprometeria com uma perspectiva fundacionista. Fazendo a pressuposição de uma teoria única corta-se pela base a possibilidade de uma pluralidade, pois existem aí suposições do que seja o bem humano, a justiça, etc. assim, surge algumas questões específicas que emergem da ideia da moralidade comum e que são de respostas complicadas: será possível encontrar referências comuns para sociedades que se definem pela liberdade de opção? Quais critérios são determinantes para se estabelecer um núcleo ético comum, numa época de diversidades éticas, políticas e sociais? Quando se afirmam valores coletivos, isso se refere a valores relevantes à sociedade, enquanto coletividade, capaz de desenvolver um espírito gregário, ou se refere a valores partilháveis pelos membros de uma determinada sociedade?<sup>135</sup> Não se tem as todas as respostas a essas perguntas, mas algumas ideias podem ser usadas para justificar a moralidade comum.

Assim, Beauchamp e Childress parecem tangenciar a solução aferrando-se na ideia do coerentismo, utilizando a ideia da especificação o que é um erro. Na aplicação da teoria da moralidade comum a especificação poderia ajudar a dar coerência às intuições morais que formam a moralidade comum, mas não garantem a sua correção. Contudo, certos problemas não conseguem ser bem explicados pelo recurso a especificação, pois o problema reside antes na ideia do próprio coerentismo, além de que a especificação não daria conta de resolver o problema apontado acima. Uma das críticas ao modelo coerentista seria essa:

Uma objeção que imediatamente se colocou à teoria coerentista é a que sublinha que duas proposições que não pertençam ao *mesmo* conjunto de proposições poderiam ser, respectivamente, coerentes com diferentes conjuntos de crenças e, por isso, deveriam ser tomadas como verdadeiras, podendo, ainda assim, serem inconsistentes entre si. [...] A teoria coerentista não é, podemos defender, imune — a

---

<sup>135</sup> Essas questões justamente colocam em dúvida a possibilidade de uma moralidade comum, e foram apontadas por: COUTINHO, Vitor. Bioética comum em contextos pluralistas. In: J. ASCENÇÃO (coord.) **Estudos de direito da bioética**, vol. IV, Almedina, Coimbra, 2012, p.331-363. Disponível In:<[https://www.academia.edu/1233810/Bioetica\\_comum\\_em\\_contextos\\_pluralistas](https://www.academia.edu/1233810/Bioetica_comum_em_contextos_pluralistas)>. Acessado em 07 de fevereiro de 2012.

objeção da *especificação*, atribuída a Russell. De acordo com a mesma, não há um critério que permita especificar o conjunto de crenças no seio do qual certa crença é avaliada como coerente com todas as outras.<sup>136</sup>

Apareceram ainda mais críticas a ideia da moralidade comum. Uma delas feita a Beauchamp e Childress sobre a ideia da moralidade comum e de como é desenvolvida na sua bioética, foi feita por Leigh Turner<sup>137</sup>, o qual os dois bioeticistas afirmam Turner cometer o erro de fazer uma caricatura de sua teoria. Em linhas gerais, Turner diz que a teoria da moralidade comum, pressuposta na bioética, em termos gerais, erra em três pontos:

Primeiro, eles comumente assumem que ela [a moralidade comum] é universal, trans-histórica e poderia servir como uma base normativa para vários julgamentos tanto de ações quanto de práticas. Em segundo lugar, os defensores dessa ideia da moralidade comum assumem que essa teoria tem um estado relativamente estável, ordenado e em equilíbrio reflexivo amplo. Em terceiro, casuístas, principialistas e outros proponentes da abordagem da moralidade comum, assumem que esta pode servir de base para especificações de políticas particulares e recomendações práticas.<sup>138</sup>

Na análise de Beauchamp e Childress, a leitura que Turner faz deles é equivocada pelo seguinte:

Não se deve pensar que a nossa descrição da moralidade comum conceba esta como ahistórica ou como *a priori*, enquanto que outras partes da moralidade são históricas e produtos relativos da cultura. Nós não adotamos uma concepção ahistórica, mas podemos demonstrar que é não

---

<sup>136</sup> Conferir In: COSTA, António. **Notas sobre a teoria coerentista da verdade**. Disponível em: <[http://criticanarede.com/fil\\_teoriac coerentista.html](http://criticanarede.com/fil_teoriac coerentista.html)>. Acessado em 20 de Novembro de 2013.

<sup>137</sup> Conferir In: TURNER, Leigh. Zones of Consensus and Zones of Conflict: Questioning the “Common Morality” Presumption in Bioethics. **Kennedy Institute of Ethics Journal**. V.13, n.3, p.193-218, 2003.

<sup>138</sup> *Ibidem*, p.193.



relativista, ou universalista, de maneira a evitar o ahistoricismo? Isto é um problema importante e complicado na teoria moral, mas não podemos nos ocupar disso aqui.<sup>139</sup>

Os dois bioeticistas estão cientes das dificuldades. Mas, para deixar este ponto claro, os dois bioeticistas elencam quatro características que devem ser consideradas quando eles se referem a moralidade comum:

[...] primeira, asseguramos que a moralidade comum é um produto da experiência humana e histórica, e é um produto compartilhado universalmente. A origem da moralidade comum não é diferente em princípio da origem das normas de uma moralidade particular e que ambas são apreendidas e transmitidas em comunidades. Uma diferença primária é que a moralidade comum é encontrada em todas as culturas, enquanto que as moralidades particulares são encontradas somente em uma ou algumas culturas, formando um subconjunto de todas as culturas. Segundo, aceitamos o pluralismo moral (alguns poderiam dizer relativismo) em moralidades particulares, mas nós rejeitamos um pluralismo moral histórico (ou relativista) na moralidade comum. A moralidade comum não é relativa a culturas ou indivíduos, porque transcende ambas. Terceiro, a moralidade comum abarca crenças morais (toda moralidade considera crenças morais), não padrões *a priori* de crenças morais. Quarto, explicações da moralidade comum são produtos históricos, e toda *teoria* da moralidade comum tem um desenvolvimento histórico dado pelos autores da teoria.<sup>140</sup>

O modo como a moralidade comum deve ser compreendida passa então pela ideia de que esse modelo ético partilha de um conjunto básico de normas que são divididas por todas as culturas. De modo sumário, a ideia seria a seguinte: haveriam valores básicos que são compartilhados por *todas as pessoas concernidas*, não havendo

---

<sup>139</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.3.

<sup>140</sup> *Ibidem*, p.3-4.

discordância nessa valoração universalmente partilhável.<sup>141</sup> Pressupondo que se tem valores como esses, tais princípios forneceriam um chão comum de valores. Para endossar essa ideia, pode-se citar Bernard Williams:

Uma posição só poderá ser considerada uma posição moral se satisfizer a condição de ter razões pertinentes. [...] Se as pessoas podem discutir entre si sobre assuntos morais específicos ou sobre questões de princípios, é somente porque *existem posturas morais como pano de fundo que não estão em discussão* e à luz das quais a discussão prossegue.<sup>142</sup>

Em suma, parece razoável aceitar a moralidade comum como um meio de se chegar a acordos razoáveis dentro da bioética. A moralidade comum pode oferecer o chão comum e ser a teoria intermediária entre a teoria e a prática. Logo, não pressupor a moralidade comum, ainda que com suas limitações, seria pior. A moralidade comum serve como uma ponte que faz a ligação entre as intuições morais e os raciocínios morais, proporcionando dessa maneira o diálogo entre nossas impressões morais comuns e a razão crítica abstrata. Dessa forma, há mais ganhos do que perdas ao se adotar a moralidade comum, pois se permitiria assim construir uma imagem mais fiel da conduta humana e de suas motivações.

Sendo assim, passa-se agora a análise de cada um dos quatro princípios pressupostos pelo principialismo. Pensa-se que isso é necessário para se ter uma compreensão ampla e completa de como os princípios são compreendidos na teoria bioética de Beauchamp e Childress. Uma advertência que deve ser feita nesse ponto é que os princípios do respeito à autonomia e da justiça não serão analisados em sua completude, pois ultrapassaria muito o objetivo dessa dissertação. Por outro lado, os princípios da não-maleficência e da beneficência serão analisados de maneira pormenorizada e cuidadosa mostrando as suas especificidades de aplicação. Com isso, se espera poder construir uma imagem geral que possibilite verificar a ideia central da dissertação

---

<sup>141</sup> A ideia de uma “moral comumente partilhável” – é desenvolvida por Dall’Agnoll. Essa posição parece ser mais razoável para se resolver problemas ético-práticos ou biomédicos, pois parte de uma concepção que deve ser aceita por “todas” as pessoas razoáveis concernidas.

<sup>142</sup> WILLIAMS, Bernard. **Moral:** uma introdução a ética. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p.26-27. (Grifo meu)

que é verificar a prioridade da não-maleficência sobre os outros princípios.

## 2.4 O PRINCÍPIO DO RESPEITO À AUTONOMIA

Endossando a ideia de que o Relatório Belmont foi o impulsionador para se desenvolver e proporcionar o amadurecimento da própria teoria principialista desenvolvida por Beauchamp e Childress, é interessante destacar também que os dois autores modificaram o princípio do respeito pelas pessoas, pelo respeito à autonomia. Os dois autores pensam que dessa forma tornariam a aplicação do princípio mais simples e precisa. Pois, no Relatório Belmont, esse princípio se relacionava com a ideia de pessoa, o que agora é substituído simplesmente pelo respeito à autonomia. Essa mudança, acreditam os autores, diminui a possibilidade de ambiguidades.

Pode-se, de maneira sumária, descrever a autonomia dentro da teoria de Beauchamp e Childress da seguinte forma:

[Beauchamp e Childress] Distinguem bem a autonomia como qualidade abstrata face às escolhas e decisões pessoais ditas autônomas. A decisão para ser considerada autônoma pode impor exigências rigorosas à pessoa como a consistência, a independência, o autocontrole, a capacidade de resistir à autoridade do outro ou da sociedade; e o conhecimento da fonte dos seus valores básicos, das suas crenças e dos seus objetivos de vida pessoal. Esta idealização da pessoa autônoma tornará impossível o reconhecimento do caráter autônomo de uma decisão. Então passou a usar-se um conceito pragmático e utilitarista, atenuando a exigência de rigor para se considerar autônoma a pessoa que faz uma escolha; assim, primeiro a escolha terá de ser intencional, ser uma manifestação de vontade direcionada; depois terá de ocorrer numa situação bem compreendida pela pessoa; e, finalmente, não poderão existir influências que controlem a pessoa e por esta via determinem a decisão. Como estes três requisitos ainda têm ambiguidades e dificuldades, os nossos autores dizem que a intencionalidade é uma disposição do agente da

decisão e não tem gradações – ou há ou não há intenção, e sem intencionalidade a autonomia não está a ser exercida. Já as outras duas condições, a compreensão dos fatos em avaliação e a ausência de constrações e de influências, podem ser cumpridas em maior ou menor grau. Portanto as decisões pessoais podem ser autônomas por níveis e resultarem como que de uma função matemática que integra os diferentes graus de cumprimento das duas variáveis. Entre o cumprimento total e o cumprimento zero desenvolve-se a função (quase matemática) da autonomia.”<sup>143</sup>

Essa passagem, leva em consideração um conceito minimalista de autonomia que é endossado pelos dois bioeticistas norte-americanos. A própria concepção de Beauchamp e Childress caminha nessa direção. Pois, se em nossa vida cotidiana, caso se aceitasse comumente a ideia de que as pessoas saudáveis, inteligentes e seguras de suas escolhas, fazem juízos autônomos, entendido como determinando suas decisões intencionalmente, então não parece haver grandes dificuldades e problemas na sua aplicação. No entanto, como exemplificado por essa passagem, caso se exija demais do indivíduo, ao estilo kantiano de autonomia, isso pareceria não ser suficiente. Pois para Kant, agir autonomamente não é simplesmente fazer escolhas. Assim, uma primeira aproximação leva a perceber que existem então duas maneira de abordar a autonomia, uma seria uma abordagem fraca e a segunda seria uma compreensão forte sobre a autonomia.

Sendo assim, tem-se a possibilidade de perceber que não é nada fácil delegar aos indivíduos esse ideal de autonomia que exigiria uma postura muito madura, cuidadosa, ponderada e bem deliberada de sua escolha. Essa é a ideia de uma autonomia forte. O próprio Kant já afirma que a ideia da autonomia não é algo que se adquire de uma hora para a outra, ou mesmo com a reflexão cuidadosa, mas o ideal da autonomia seria um projeto mais geral, algo que se leva uma vida inteira para se

---

<sup>143</sup> Esse estudo se encontra publicado pelo Instituto de higiene e medicina tropical – IHMT de Lisboa. Para maiores detalhes pode-se verificar o site, disponível em: <<http://www.ihmt.unl.pt/?lang=pt&page=ihmt&subpage=orgaos-de-gestao&m2=45&m4=4>>. Para ter acesso ao documento do qual foi retirada a citação, basta conferir o seguinte endereço: In: SERRÃO, Daniel. **Autonomia: um difícil conceito**. Disponível em: <<http://www.ihmt.unl.pt/docs/Autonomia-Um-Dificil-conceito.pdf>>. Acessado em 16 de outubro de 2103.

desenvolver e, mesmo assim, não se tem a garantia de que se é realmente um indivíduo autônomo, pois sempre se pode aumentar tal possibilidade com o incremento de mais conhecimento e capacidades intelectuais, culturais e sociais que cada indivíduo pode ter para si. Em suma, não se deve compreender de maneira exageradamente rigorosa tal conceito, pois do contrário, a autonomia se tornaria impossível de ser exercida.<sup>144</sup>

Sendo assim, Beauchamp e Childress consideram a autonomia de maneira fraca. Esse princípio fica restrito somente a intencionalidade do indivíduo. Assim, eles pensam afastar essas exigências que para eles são consideradas demasiadamente restritas. Caso não se aceite isso, a autonomia ficaria presa a um conceito abstrato e vago de difícil aplicação. Sendo assim, se a autonomia não for simplificada ainda continuaria a ser entendida de maneira restrita, rigorista. Pois, levando em consideração os conceitos de “boa compreensão” e “ausência de influências” pressupostas no ideário da autonomia entendida de modo forte, seriam poucas as pessoas que conseguiriam agir de modo realmente autônomo.

Conclui-se dessa maneira, que a ideia da autonomia deve ser compreendida em um sentido fraco, esvaziado de todo o procedimentalismo kantiano ou de exigências muito abstratas. Essa ideia da autonomia proposta por Beauchamp e Childress ainda contém alguns traços kantianos, mas compreendido de um modo *sui generis*, no sentido de que proporciona apenas aos indivíduos a possibilidade de simplesmente terem a capacidade de consentir. Dessa forma as pessoas mantêm a sua autonomia e não seriam instrumentalizadas, pois ao fim e ao cabo concordaram livremente e intencionalmente sobre o seu futuro. De modo diverso, pode-se afirmar que a autonomia comentada acima tem mais traços millianos do que kantianos. A capacidade de poder fazer as suas escolhas livremente e sem coerção pertence mais a defesa de Mill do que precisamente ao projeto kantiano de autoimposição de leis. Pressupõe-se que o bom senso e as práticas cotidianas, compreendidas dentro de um quadro ético autonomista mínimo dariam as condições necessárias para se fazer um juízo autônomo razoável. Assim, um paciente submetido a um tratamento médico, teria a possibilidade de decidir se quer ou não ser tratado e qual tipo de tratamento vai quer se submeter. A relação é autônoma na medida em que o paciente aceita ou não, que consente livremente sobre as possibilidades oferecidas pelo

---

<sup>144</sup> É interessante notar que na perspectiva de Beauchamp e Childress ambas as fontes são invocadas simultaneamente, tanto a visão kantiana com a milliana.

médico.

Desta forma, o paciente toma para si o poder de determinar a sua vida, de escolher o melhor para si e pode então se realizar enquanto indivíduo autônomo. A partir de então, torna-se juiz de suas decisões e define o que é a vida boa para si mesmo. Assim, um argumento forte que quer mostra a importância da autonomia, procura apresentá-lo como indispensável tanto para a compreensão de manter uma moralidade comum quanto para o progresso moral da humanidade. Segundo a interpretação de Schramm:

[...] a lista dos princípios do principialismo não é necessariamente fechada, podendo integrar ou excluir princípios que não correspondam ao *ethos* vigente numa sociedade determinada. Dito isso, e considerando que alguma forma de autonomia e de autodeterminação faz parte do senso comum da cultura secular dos direitos humanos, acredito que o princípio de respeito à autonomia pertença ao patrimônio moral da humanidade, quer se queira ou não. Caso contrário, não poderíamos evitar a suspeita de que minimizar a importância do princípio de respeito da autonomia pessoal venha a negar a própria cultura dos direitos humanos e seus inegáveis (embora ainda insuficientes) avanços sociais e políticos. Em suma, a negação da importância do princípio de autonomia poderia muito bem ser uma espécie de regressão a estágios pré-modernos, mais que um avanço para um suposto estágio pós-moderno.<sup>145</sup>

Sendo assim, a autonomia desempenha um papel fundamental e indispensável para o progresso e avanço da moralidade comum como para o progresso da própria bioética. Sem essa característica, muito provavelmente não se teria alcançado as liberdades e a própria bioética não seria uma realidade. A autonomia desempenhou um papel importantíssimo no modo como hoje compreendemos o ser humano em sociedades democráticas e pluralistas. Contudo, esse viés interpretativo supervaloriza o princípio da autonomia em relação aos outros. Como é

---

<sup>145</sup> SCHRAMM, Fermin Roland. A autonomia difícil. **Revista Bioética** (Impresso), Brasília, CFM, v.6, n.1, p.27-37, 1998. Disponível em: <<http://groups.yahoo.com/neo/groups/redecolmeia/conversations/topics/1586>>. Acessado em Novembro 2013.

sabido, dentro da teoria principialista qualquer sobrevalorização ou hierarquização é negada. E como foi visto acima, a autonomia pelo viés milliano pode sim ser restringido pelo princípio da não-maleficência. A autonomia não é absoluta, ela para onde possa causar dano aos demais, e não há outro princípio que possa restringir a autonomia a não ser a não-maleficência. Por isso é interessante observar a força desse princípio. Pois há algum princípio que regule ou restrinja a não-maleficência?

Para concluir essa discussão, surge o debate da pessoa que não têm a capacidade de decidir ou escolher autonomamente. Sabe-se que nem todos os seres humanos são capazes de se autodeterminar, seja por condições ou contingências que incapacitam essas pessoas, como, por exemplo, no caso de indivíduos que sofreram acidentes ou doenças degenerativas, ou mesmo por influência de doenças congênitas que impossibilitam uma pessoa de se tornar autônoma durante toda a sua vida. A capacidade de se autodeterminar jamais será minimamente alcançada nesse caso.

Casos como esses de pessoas incapazes de decidir por si mesmas, não são uma exceção, no entanto, em semelhante situação, delega-se a uma pessoa responsável a tomada de decisão. Isso não parece configurar-se como um problema insolúvel, pois, nesses casos os familiares é que decidiriam que conduta deve ser tomada, levando-se em consideração o fato de não querer se aproveitar ou tirar algum benefício da situação. Comenta-se isso, pois pode haver casos em que alguém queira se aproveitar de semelhante situação para tirar algum proveito financeiro. Contudo, o princípio prevê a análise por um corpo especializado de médicos que pode dar com segurança um diagnóstico técnico e proteger o paciente de eventuais danos. Sendo o paciente um ser vulnerável, as ações que iriam contra a vontade, ou mesmo da expectativa de vida do paciente, são barrados em nome de não causar um dano intencional ao indivíduo, novamente a não-maleficência é o critério básico para se ter uma ação ética.

Em suma, ninguém defende um modelo autonomista no qual o que o paciente quer o médico está obrigado a fazer. Tudo se passa dentro de um quadro mais amplo onde no mínimo dois princípios devem operar juntos. Nem Beauchamp e Childress nem Engelhardt, nem qualquer outro bioeticista sério defende um radicalismo exagerado desse tipo na aplicação da autonomia. Assim, a autonomia tem um valor importante, ainda mais em nossa sociedade secularizada, mas sobrevalorizá-la ao ponto de torná-la o princípio mais importante parece que vem diminuindo. A autonomia ajuda a compreender melhor o papel do consentimento e de sua importância, tanto para ser utilizada numa

deliberação como restabelecida no caso de um indivíduo que a perdeu, como para ajudar a entender como conciliar os estranhos morais e até onde pode ir a autoridade moral. Sendo assim, cada vez mais os refinamentos teóricos mostram os limites de sua aplicação e seu alcance. Sendo assim, ajudam a melhorar a nossa compreensão sobre a autonomia e saber até onde se pode esperar chegar. Passar-se-á agora a análise da não-maleficência.

## 2.5 NÃO-MALEFICÊNCIA

O princípio da não-maleficência tem uma longa história e tradição. Suas origens são obscuras não havendo um consenso sobre isso. Contudo, tende-se a associá-lo ao juramento Hipocrático. Apesar de ser um juramento grego, ficou conhecida pela sua formulação latina “*Primum non nocere*.” Essa passagem encontra-se no *Corpus Hipocrático* no seu *Terceiro Livro das Epidemias*.<sup>146</sup> É nesse escrito que se pode observar esse lema que foi tão difundido. No entanto, essa formulação aparece mesclada com o princípio da beneficência. Ali pode-se ler: “o médico deve ter dois objetivos principais no que diz respeito a doença, a saber, fazer o bem ou não causar dano”. Por sua natureza restritiva e por se apresentar de modo negativo foi para muitos e ainda é considerado por alguns como o princípio mais importante da ética médica. Outros o interpretam como uma obrigação, outros como um dever perfeito, alguns defendem que este princípio tem uma prioridade sobre outros. Mas afinal o que é agir de modo não-maleficente? O que significa a palavra dano? É isso que se vai verificar agora.

### 2.5.1 Sobre o princípio da não-maleficência

O princípio da não-maleficência pode ser enunciado das seguintes formas: a) *Primum non nocere*, b) a obrigação de não infligir dano *intencionalmente*, c) acima de tudo (ou antes de tudo ou primeiramente), não causar o dano, d) ao menos, não cause dano.<sup>147</sup>

---

<sup>146</sup> A obra completa de Hipócrates encontra-se disponível on-line no seguinte link: <<http://www.brasiliana.usp.br/node/1045>>. Faz parte da coleção Brasileira cedida por José Mindlin a USP com obras raras todas disponíveis on-line.

<sup>147</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical**



Assim, Beauchamp e Childress advertem para o fato de que às vezes se pensa nesse princípio como sendo parte do juramento hipocrático, apesar de não constar nesses termos no *corpus* hipocrático, e fazem uma tradução distorcida desse princípio como: “ao menos, não cause dano” de uma passagem isolada na obra de Hipócrates.

Os autores advertem para as origens obscuras e das suas implicações não serem claras, quando este princípio é invocado pelos profissionais da área da saúde. Além de que a sua formulação deriva do latim e não do grego, mostrando que a obra hipocrática foi absorvida pela cultura latina que formulou a sua maneira essa máxima.<sup>148</sup> Quanto ao problema da história do princípio da não-maleficência e de suas raízes gregas, Diego Gracia faz um estudo muito erudito sobre essa problemática e apresenta algumas impressões sobre esse princípio. Assim:

[...] as coisas são provavelmente mais complexas. Em primeiro lugar, o *primum non nocere* não é um preceito grego, mas latino. Desconhecemos quem o formulou pela primeira vez nessa língua, mas temos razão para pensar que pode estar muito influenciado por Escríbonio Largo. Contudo, sabemos que a tradição hipocrática na qual esse autor se inscreve não é a do [livro] *Epidemias*, mas do *Juramento*. É algo conhecido de todos que Escríbonio Largo foi o primeiro autor pós-hipocrático do qual temos notícia que citou o *Juramento*.<sup>149</sup>

A questão sobre as origens não serão aqui debatidas. Apenas citou-se isso para se notar a dificuldade de se remontar o início dessa ideia moral que parece estar hoje bem enraizada em nossa moral comum. Desta forma, e essa é a versão de Beauchamp e Childress, o que se lê no juramento hipocrático é: “Usarei o tratamento para ajudar o doente de acordo com minha habilidade e com meu julgamento, mas

---

**ethics.** 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.149-151.

<sup>148</sup> Conferir: GRACIA, Diego. *Primum non nocere* – El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica. Discurso de ingreso del autor en la Academia Nacional de Medicina. Madrid: Anzos, 1990.

<sup>149</sup> GRACIA, Diego. *Primum non nocere* – El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica. Discurso de ingreso del autor en la Academia Nacional de Medicina. Madrid: Anzos, 1990, p.25-26.

jamais o usarei para lesá-lo ou prejudicá-lo.”<sup>150</sup> O que se nota aqui, é tanto a obrigação para com o princípio da beneficência como com o da não-maleficência, implicada pelo juramento hipocrático. Aqui, ainda existe uma mescla dos dois princípios num único princípio, não havendo ainda uma independência da não-maleficência frente a beneficência.

Sendo assim, um dos objetivos principais que se busca examinar nesse princípio, são as implicações e as distinções entre:

1. Matar e deixar morrer;
2. Tencionar e prognosticar resultados danosos;
3. Rejeitar e interromper tratamentos se suporte à vida;
4. Tratamentos comuns e especiais.

Para evitar especulações em excesso, os casos que são analisados na obra de Beauchamp e Childress, se restringirão em volta de pacientes terminais e de pacientes gravemente doentes ou feridos. No seu livro comentam esse quatro pontos, mas eles mesmos acreditam que o mais premente seria o primeiro ponto, o caso entre matar e deixar morrer. A desconfiança dos autores é analisar qual tipo de diferença moral há entre matar e deixar morrer. No entanto, se buscará também uma estrutura que oriente a decisão a respeito dos processos de suporte à vida e da assistência na morte auxiliando-se pelo princípio da não-maleficência. O primeiro ponto será o mais analisado na obra de Beauchamp e Childress. Os dois autores pensam que pela discussão da não-maleficência é possível ponderar melhor os custos e benefícios de nossas decisões nos casos bioéticos.

### 2.5.2 O conceito de não-maleficência

A ideia que se usa para explicar o princípio da não-maleficência nesse ponto, vai tomar emprestado algumas das impressões e descrições feitas por Frankena em seu livro *Ética*. O que mais chama a atenção inicialmente é que o princípio é formulado de forma negativa (primeiramente, não causar o dano) e os seus desdobramentos subsequentes não tem a formulação negativa, passando a ser vistos como atos a serem positivados beneficentemente. Isso é interessante pelo motivo de que não causar dano é muito mais restritivo, impedir que

---

<sup>150</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.149.

o dano seja feito tem uma prioridade sobre o fato de ter que ajudar alguém ou de fazer o bem a alguém. Para corroborar essa tese poderia se citar Ross. Segundo esse autor:

[...] sem dúvida danar a outros é, incidentalmente, deixar de fazer o bem; mas parece-me claro que a não-maleficência é apreendida como um dever distinto da beneficência e como um dever de caráter mais estrito. [...] Mas refletindo mais cuidadosamente, parece claro que aqui o dever primário é não prejudicar a outros e que este é um dever, tenhamos ou não uma inclinação.<sup>151</sup>

Com isso, Ross quer argumenta que a não-maleficência é o primeiro passo para ir em direção a reconhecer o dever de beneficência, e isso explica a importância de mandamentos como “não matarás”, “não roubarás”. Sem não soubéssemos o que é ser não-maleficente não se saberia o que é fazer um bem. Frankena, de modo distinto, organiza isso de uma maneira curiosa. Todavia, a verdade é que sua preocupação é explicar o princípio da beneficência e não o da não-maleficência. Porém, Frankena faz um trabalho interessante em mostrar como tal princípio se organiza. Beauchamp e Childress citando Frankena, apresentam sua formulação da seguinte maneira:

### **Não-maleficência**

1. Não devemos infligir mal ou dano. (*proteção*)

### **Beneficência**

2. Devemos prevenir que ocorram males ou danos. (*prevenção*)

3. Devemos afastar males ou danos. (*precaução*)

4. Devemos fazer ou promover o bem.<sup>152</sup> (*prudência*)

Essa estrutura mais do que apresentar uma ordenação

---

<sup>151</sup> ROSS, William David. **The right and the good**. Oxford: Oxford University Press, 1930 [reprint 1988], p.21.

<sup>152</sup> Esquema citado por Beauchamp e Childress. In: BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.151. Retirado do livro de Frankena. Conferir: FRANKENA, William K. **Ética**. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975, p.57-59. (Grifos meus - acrescente os quatro pês: proteção, prevenção, precaução, prudência).

hierárquica (pois em Frankena se organizam esses elementos hierarquicamente, sendo que o primeiro tem precedência sobre os outros), busca-se mostrar apenas quatro normas e como estas podem ser decompostas e entendidas, facilitando a visualização da diferença entre a norma negativa e positiva. Observe-se que isso não tem e nem busca sugerir qualquer conotação hierárquica. Um ponto importante que deve ser comentado para se ter clareza de como deve ser entendido a não-maleficência é a seguinte: embora a não-maleficência e a beneficência sejam similares e frequentemente tratadas na filosofia moral como não sendo nitidamente distinguíveis, “[...] combiná-las num mesmo princípio obscurece distinções relevantes.”<sup>153</sup>

Sendo assim, as obrigações de não prejudicar os outros são claramente distintas das obrigações de ajudar os outros. Além de que nas palavras dos dois bioeticistas, e essa é uma ideia que corrobora a nossa hipótese “[...] a não-maleficência normalmente sobrepõe-se sobre outros princípios, mas o peso moral desse princípio varia em diferentes circunstâncias.”<sup>154</sup> Nesse ponto Beauchamp e Childress devem manter-se fiéis aos seus pressupostos de uma validade *prima facie* de princípios e sem uma hierarquia prévia, desse modo relativizam a sua prioridade. Para eles é um equívoco colocar previamente uma prioridade de um princípio sobre outro. Contudo, acredita-se que pela ideia da moralidade comum, deixando de lado os pressupostos teóricos da não hierarquia que os dois principalistas defendem, é possível demonstrar que existe sim uma prioridade cronológica da não-maleficência nos casos biomédicos pela sua obrigação de não prejudicar ou causar dano evitável intencionalmente.

O que o princípio da não-maleficência exige principalmente é abster-se *intencionalmente* de realizar ações que possam causar dano ou prejudicar outras pessoas. É justamente essa característica que impõe a sua prioridade cronológica. Pois, caso não se observe isso em primeiro lugar, abre-se o caminho para ações erradas do ponto de vista moral. Se isso não for levado a sério, ou seja, a sua prioridade e se não for definido o que é o abster-se de agir, o princípio se torna absolutista e uma obrigação que leva ao pior de todos os danos: a inação. Não se compreenda então que o princípio se refira a propor que não se aja. O princípio da não-maleficência não exige isso. Essa seria uma interpretação equivocada. A questão que deve ficar clara nesse ponto é

---

<sup>153</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.150.

<sup>154</sup> *Ibidem*, p.150.

que na medicina algumas vezes causa-se um dano ao paciente para obter um bem. É óbvio que o bem alcançado deve ser maior do que o dano causado. A ideia básica seria então, não prejudicar desnecessariamente o indivíduo ou causar qualquer dano evitável. Mas do que isso, o princípio da não-maleficência deve evitar todo e qualquer dano causado intencionalmente e que é previsível.

Desta forma, se pode conceber a não-maleficência como requerendo apenas que se abstenha de executar intencionalmente ações que causem danos. Adquirindo assim a forma de “Não faça X”. Para alguns filósofos, o princípio da autonomia também funcionaria como possuindo uma forma proibitiva, pois se limitaria a afirmar: “[...] não interfira nas escolhas autônomas de uma pessoa”<sup>155</sup> sendo que os dois bioeticistas afirmam que não se tem obrigações de salvar, auxiliar ou assistir outras pessoas. Alguns filósofos, segundo eles, somente aceitam regras na forma negativa, proibitiva. Contudo, os dois bioeticistas acham isso insuficiente, pois para eles não aceitar princípios ou regras que demandem que se ajudem pessoas mostra ser um problema metodológico. Não diferenciar obrigações relativas aos danos e as relativas ao auxílio, não conseguiria ser um exemplo teórico satisfatório no campo da bioética. O problema, segundo Beauchamp e Childress, reside justamente na *natureza* e no *rigor das obrigações* que foram determinadas pelos quatro princípios e de como estes devem ser ponderados e especificados dentro do principialismo. *No entanto, afirmam que, não infligir ou causar algum mal ou dano, tem normalmente prioridade em casos biomédicos, mas seu peso varia em cada caso.* Contudo, parece ser razoável a hipótese de uma prioridade desse princípio, levando em consideração como a própria moralidade comum funciona, além de que a própria moralidade comum parece requerer a não-maleficência como um princípio prioritário cronologicamente, ou seja, que deve ser observado antes dos outros.<sup>156</sup>

---

<sup>155</sup> *Ibidem*, p.151.

<sup>156</sup> Para os autores aqui se deve ser cauteloso. *Axiomas de prioridade* devem ser bem ponderados. Na visão deles, nenhuma regra ética em favor de evitar causar dano é preferível a proporcionar benefícios em todas as circunstâncias. Isso é certo, tanto que nessa dissertação não se procura afirmar de maneira categórica e *a priori* que a não-maleficência teria a sua validade e prioridade aceita para todo o reino ético. Apenas que se mostrar que, dentro da bioética principialista e dos casos biomédicos, (seu escopo de abrangência é bem mais modesto) a não-maleficência tem um peso maior, prioritário, sendo que seria sempre o primeiro princípio a ser analisado temporalmente. A prioridade defendida aqui é de

Isso ocorre justamente pelo fato de que em geral, os indivíduos sabem o que causa um dano, e por ser mais fácil reconhecer quais ações causam dano, por outro lado, pressupor que se faça o bem torna-se mais complexo e menos cogente do que evitar que um dano seja causado.

### 2.5.3 Disputa conceitual sobre os termos “prejuízo” e “dano”

Quando se discute e se utiliza nas frases ou na argumentação os termos “prejudicar” ou “lesar”, isso acaba levantando inevitavelmente algumas controvérsias. O que se entende por esses termos prejuízo e dano? Nota-se desde já, que há uma confusão e uma dificuldade em compreender esses conceitos.

Para os dois autores, lesar se refere a violar os direitos de alguém, enquanto prejudicar não envolve necessariamente uma violação e é neste sentido de prejudicar que se compreenderá o princípio da não-maleficência. Contudo, o termo “dano” pode ser entendido de várias e diferentes formas. No entanto, aqui nessa discussão e para fins de argumentação deve ser entendido como um dano físico, incluindo a dor, a deficiência e a morte.

Joel Feinberg tem uma descrição interessante de como se poderia entender o conceito de dano. Note-se que na sua caracterização ultrapassa-se o limite do dano físico, estabelecido acima e parece se associar mais ao conceito de prejuízo. Para este autor, o dano liga-se sempre a um interesse, e o interesse é entendido como “qualquer coisa que seja objeto de desejo humano.”<sup>157</sup> De chofre, Feinberg fornece uma definição ampla que “[...] permite à sociedade restringir a liberdade de algumas pessoas a fim de impedir que prejudiquem outras.”<sup>158</sup> Dessa perspectiva, pode se falar que existem duas formas de compreender esse princípio mais geral: a primeira seria o que ele chama de “o princípio do dano privado” que segundo ele, permitiria a restrição da “[...] liberdade

---

caráter cronológico e não nos moldes de uma estrutura válida de forma verticalizada lexicográfica, com pressupostos lógicos e epistemológicos em sua base. A prioridade aqui pressuposta ocorreria de maneira horizontalizada, cronológica, sendo que sempre se iniciaria pela análise do princípio da não-maleficência. Isso parece valer na própria moralidade comum, pois parece haver um privilégio a formulação desse princípio. Para mais detalhes sobre a moralidade comum, *vide* nota nove, na introdução deste trabalho.

<sup>157</sup> FEINBERG, Joel. **Filosofia social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1974, p.47.

<sup>158</sup> *Ibidem*, p.46.

de uma pessoa no sentido de impedir dano a outros indivíduos.”<sup>159</sup> O segundo tipo é chamado por ele de “princípio do dano público”: nesse caso, sua utilização seria invocada para “[...] justificar coerção pela razão específica de que é necessário impedir o enfraquecimento das práticas institucionais e dos sistemas normativos de interesse público.”<sup>160</sup>

Feinberg assinala que a primeira caracterização referente ao dano privado é defendida principalmente por John Stuart Mill. Contudo, para Feinberg, dificilmente Mill jogaria para o lado a defesa do dano público, pois ao fim e ao cabo Mill tem uma preocupação pela ordem social. Contudo, nesse caso do dano público, apareceria um tipo de paternalismo que ultrapassaria a sua máxima liberal de não interferência. No entanto Mill, pensa Feinberg, não varreria dos seus escritos crimes como a sonegação de impostos, contrabando, desrespeito as leis, que não atingem em tese um indivíduo especificamente, porém enfraquece as instituições públicas e causam danos a todos, a sociedade, o que vai contra a ideia do utilitarismo milliano. Em suma, Feinberg afirma que “[...] embora nem todos os danos lesem, todas as lesões causam dano, e o princípio do dano poderia ser compreensivelmente utilizado para justificar coerções quando necessário se torna impedir lesões mesmo quando estas não levem a qualquer dano adicional.”<sup>161</sup> E para complicar essa discussão, poderia se afirmar que se pode prejudicar uma pessoa sem a lesar, exemplo disso seria a traição num matrimônio, cita Feinberg. Pois, interesses foram quebrados num caso como esse, prejudicado a pessoa, mas não a lesou.

Assim, “a distinção entre lesão e dano (genérico) suscita uma questão adicional, devem-se incluir, na categoria de “lesões”, não apenas dores físicas mas também todas formas de angústia mental.”<sup>162</sup> Isso mostra o quão complexo é o acordo entre prejudicar e causar dano a alguém. Procurando um meio de contornar essa situação ambígua, e até embaraçosa, Beauchamp e Childress propõem cinco regras de especificação do princípio da não-maleficência. Assim, eles crêem que certas confusões podem ser superadas. Segundo os autores, o princípio da não-maleficência suporta várias regras morais mais específicas. Contudo, eles fornecem como exemplo as seguintes regras básicas e específicas:

---

<sup>159</sup> *Ibidem*, p.46.

<sup>160</sup> *Ibidem*, p.46.

<sup>161</sup> *Ibidem*, p.49.

<sup>162</sup> *Ibidem*, p.49.

1. Não matar.
2. Não causar dor ou sofrimento.
3. Não incapacitar.
4. Não causar ofensa.
5. Não privar os outros de uma boa vida.<sup>163</sup>

Isso leva diretamente a discussão de se não for oferecido assistência a alguém, se isso causaria um dano. Mas o que é dar assistência, ou que se entende por isso?

#### 2.5.4 Distinções e regras sobre a não assistência

Na maioria das vezes, é difícil delimitar a linha entre a assistência devida e a assistência que é inferior ou que excede aquilo que é devido. Pode-se agora ver mais detalhadamente cada uma delas e verificar o que se segue de cada uma das distinções.

I) As distinções tradicionais e as regras de não-tratamento: neste ponto, devem-se trocar as quatro formulações tradicionais (que serão citadas abaixo) para focar em questões que se afinem a tipos de tratamentos obrigatórios e opcionais e por uma concepção de custo-benefício. Devem-se abandonar os quatro pontos tradicionais, mas por uma questão de deferência é interessante analisar como cada um deles funciona:

1. Entre a rejeição e a interrupção de um tratamento de suporte de vida;
2. Entre um tratamento comum e um tratamento extraordinário;
3. Entre alimentação artificial e tecnologias médicas de suporte de vida;
4. Entre efeitos pretendidos e efeitos meramente previstos;
5. Matar ou deixar morrer.<sup>164</sup>

II) A abstenção do tratamento *versus* a interrupção do tratamento: a abstenção ligada a (o não dar início) e a interrupção (a suspensão) dos tratamentos. Julga-se que decisões de interromper tratamentos são mais importantes e mais graves que as decisões de não

---

<sup>163</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.153.

<sup>164</sup> *Ibidem*, p.155.



os iniciar. O mal-estar é causado pela sensação de que a interrupção leva a fazer uma ação, o que é moralmente mais complicado, enquanto a abstenção nos deixa mais livres de imputações (responsabilidades) morais. Mas essa divisão é insustentável para os dois bioeticistas, pois ela não é clara. Além de que se utiliza da estratégia de que não agir intencionalmente me exime de qualquer imputação moral.

Por paradoxal que possa parecer, o ônus da prova é, com frequência, mais duro no caso da decisão de abster-se de proceder ao tratamento do que quando se trata de interrompê-lo. Claro, que de um ponto de vista legal, e não moral, isso possa parecer de modo mais explícito. Não propor ou não permitir que se tente é moralmente pior do que não tentar. Entra em jogo nesse caso a autonomia do paciente, caso possa utilizá-la. O paciente tem o direito de renunciar ao tratamento a qualquer hora. Assim, as decisões sobre iniciar ou suspender tratamentos devem se basear em considerações a respeito dos direitos e do bem-estar do paciente, e, portanto, dos custos e dos benefícios do tratamento, conforme julgados pelo paciente ou por um substituto que faz a escolha pelo paciente.

III) Tratamento comum *versus* tratamentos especiais: esses argumentos são tanto invocados para condenar como para justificar casos de renúncia ao tratamento de suporte de vida. Novamente Beauchamp e Childress afirmam que esse tipo de distinção moral é vaga e inaceitável. Pois, as formas usadas dependem dos casos, assim, os termos *comum* (vinculado ao que é *usual* na prática médica) ou *especial* (não usual) devem ser analisados com mais cuidado. Estes conceitos, segundo os dois bioeticistas causam mais dificuldades do que ajudam nas resoluções bioéticas quando se tenta pensar problemas médicos utilizando-se deles como recursos de defesa moral.

Apenas se tornaria importante essa diferenciação, caso entrasse em jogo critérios de “qualidade de vida que requer que se faça um balanço das vantagens e desvantagens. [...] Se não houver uma esperança razoável de benefício, então todo custo, dor ou outra inconveniência serão excessivos, e é, algumas vezes, obrigatório não tratar.”<sup>165</sup> A não-maleficência se sobressai nesses casos. Assim, a distinção *comum* e *especial*, se reduz, ao balanço de custos e benefícios. Como conclusão, Beauchamp e Childress chegam ao fato de que a distinção entre tratamento comum e especial deve ser substituída pela distinção de *tratamentos opcionais* e *obrigatórios*, conforme determinado pela balança dos custos e benefícios do paciente.

---

<sup>165</sup> *Ibidem*, p.155.

IV) Tecnologias de suporte *versus* tecnologias médicas: *tecnologias de suporte* configuram-se como aquelas relacionadas à nutrição e à hidratação artificialmente ministradas. São meios *não-médicos* de conservar a vida, diferentemente das tecnologias que se referem às máquinas, como respiradores e máquinas de diálise, estas que se apresentam como *tecnologia médica*. Mas onde se configura a diferença?

Isso leva ao problema dos tratamentos médicos *versus* tratamentos de suporte. Os tratamentos de administração de medicamentos, nutrição e hidratação são controversos. Há uma diferença moral relevante entre os dois modos de tratamento, o médico e de suporte? Para Beauchamp e Childress, a resposta é não. Porém, há outros autores que discordam dessa posição. No entanto, sabe-se que tratamentos de nutrição e hidratação podem ao invés de ajudar apenas aumentar o desconforto, o sofrimento, a dor e assim causarem mais danos do que benefícios. Segundo Beauchamp e Childress, evidências indicam que pacientes nos quais permitiu-se retirar a hidratação artificial, acabaram por morrer mais confortavelmente do que os pacientes que receberam hidratação. Dessa disputa, os dois bioeticistas apresentam três argumentos que foram utilizados contra a posição que eles tomaram: i) a nutrição e a hidratação artificiais são requeridas porque são necessárias para o conforto e a dignidade do paciente. ii) o fornecimento de nutrição e hidratação simboliza a essência do cuidado e da compaixão no contexto médico, assim como em outros contextos. iii) recorre ao argumento da ladeira escorregadia: abrindo uma exceção, no caso de uma discussão sobre a morte com dignidade, tudo vai por água abaixo, tendo assim reações contrárias as pretendidas no início.<sup>166</sup>

V) Efeitos visados *versus* efeitos meramente previstos: outra tentativa louvável de especificar o princípio da não-maleficência aparece na *Regra do Duplo Efeito* (RDE), frequentemente chamada de princípio ou doutrina do duplo efeito. Essa regra incorpora uma influente distinção entre efeitos visados e efeitos meramente previstos. Muito sucintamente a regra do duplo efeito visa explicar como decidir um caso moral onde ocorram tanto efeitos positivos quanto negativos.

Na sua origem se tem a ideia de que certas ações são intrínseca e absolutamente erradas. Nessas circunstâncias, a tentativa do uso da RDE é tentar especificar as condições da não-maleficência em casos nos quais o agente não pode evitar todos os danos e simultaneamente atingir

---

<sup>166</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.161.

todos os bens importantes. Esse tipo de análise depende de uma distinção importante que deve ser feita entre efeitos diretamente e indiretamente intencionados ou efeitos meramente permitidos. Em uma nota, os dois autores chamam a atenção por este princípio ter suas origens ligadas a Tomás de Aquino e a forte conotação que este modo de pensar tem na tradição católica. Um exemplo pode ser citado: com base neste princípio, é admitida a administração de altas doses de medicamentos para diminuir a dor, com o objetivo de minorar o sofrimento do paciente, mas que poderão ter como efeito indesejado a sua morte. A regra do duplo efeito se forma por quatro condições:

1. A natureza do ato;
2. A intenção do agente;
3. A distinção entre meios e fins;
4. A proporcionalidade entre o efeito bom e o efeito nocivo.

Caso aconteça a morte intencional, no sentido de procurar aliviar o paciente de seu sofrimento (a intenção do agente), ou caso o médico queira minimizar o sofrimento, mas não prevê que a dose possa matar o paciente se configuram como um caso a ser compreendido pela perspectiva da RDE, e ver como cada uma das ações se encaixa nas perspectivas apontadas acima. Nesse tipo de raciocínio, escrevem Beauchamp e Childress, há que se levar em conta a motivação e a intenção do agente. Como exemplo, descrevem o caso de um médico que tem que fazer uma craniectomia para salvar a vida de uma gestante. Segundo eles, a ação do médico não precisa ser motivada pelo desprezo da vida humana nem por um desejo afirmativo de acabar com a vida humana. Num caso desse, o médico pode não querer nem desejar a morte do feto e lamenta ter que fazer isso. Em circunstâncias como essas, já é possível notar que existe uma diferença decisiva entre a motivação e o caráter do médico. Dessa forma, os dois bioeticistas acham que há problemas neste modo de pensar (RDE) que não são de fácil resposta, mas que na verdade levam a mais confusões e desvios, pois não tocam no fundo da questão. Usando esse recurso da regra do duplo efeito, colocar-se-iam mais dificuldades do que esclarecimento aos problemas morais relevantes na aplicação do princípio da não-maleficência. Dessa forma, a aplicação da regra do duplo efeito é feita exclusivamente para casos em que existam, tanto efeitos bons quanto efeitos ruins. Contudo, uma questão assim posta acaba por colocar em jogo um efeito que pode ser bom ou ruim, não levando em conta que em casos biomédicos critérios técnicos devem ser levados em conta e não a

natureza intrinsecamente boa ou ruim da ação. E num caso assim exposto e analisado, não há nada que possa resolver ou verificar de maneira razoável a motivação ou intenção do agente. Logo, esse expediente de analisar e entender a não-maleficência pela regra do duplo efeito não proporciona nenhum ganho real e deve ser abandonado e a distinção entre efeitos visados e efeitos meramente previstos não desempenha uma melhora na compreensão do princípio da não-maleficência.

### 2.5.5 Tratamentos extraordinários e ordinários

Todas as análises anteriores tinham a intenção de mostrar as dificuldades de cada uma das tentativas de se resolverem os problemas que são postos e estão arraigadas nas várias profissões ligadas à saúde. “A questão-chave, porém, é se as profissões e as instituições de assistência à saúde precisam revisar suas crenças tradicionais para acomodar uma perspectiva moral mais ampla e com um apelo mais forte, incluído os direitos à autonomia dos pacientes.”<sup>167</sup> Claro que os dois bioeticistas propõe uma alternativa, e esta se funda na “[...] análise da qualidade de vida que é altamente incompatível com as distinções que rejeitamos até aqui.”<sup>168</sup> As categorias centrais para Beauchamp e Childress em defesa de seus argumentos são que existem alguns requisitos que devem ser sempre observados. Mais do que usar os termos extraordinário e ordinário, os dois autores substituem esses termos por opcional e obrigatório. Para eles é importante diferenciar essas discussões em:

- I. Obrigatório tratar (errado não tratar)
- II. Obrigatório não tratar (errado tratar)
- III. Opcional querer tratar (nem requerido nem proibido)

Mas o que define os tratamentos *obrigatórios* dos *opcionais*? Pacientes capazes, que podem fazer escolhas informadas e voluntárias, deveriam ter mais espaço do que outras partes envolvidas na ponderação dos benefícios e das vantagens e na aceitação ou na recusa de um tratamento. Como é possível observar ao longo deste capítulo, no livro de Beauchamp e Childress, a vulnerabilidade do paciente incapaz, às

---

<sup>167</sup> *Ibidem*, p.166.

<sup>168</sup> *Ibidem*, p.166.

vezes, requer ações – baseadas nos princípios da não-maleficência e da beneficência – que, no caso de um paciente capaz, violaria o respeito à sua autonomia a menos que fossem autorizadas por ele.<sup>169</sup> A questão é quando se é obrigado a tratar? É isso o que será analisado no próximo item.

### **2.5.6 Condições para a anulação da obrigação *prima facie* de tratar**

Várias condições justificam a omissão dos tratamentos por parte dos pacientes, responsáveis legais ou profissionais da área da saúde. Para tanto é importante observar as seguintes condições e diferenças:

- I. Tratamento fútil ou despropositado,
- II. As desvantagens do tratamento excedem os benefícios.

Sobre a primeira condição: o tratamento não é obrigatório quando não oferece benefício ao paciente por ser inútil ou despropositado. Quando é altamente provável que o tratamento seja mais penoso do que benéfico. Em circunstâncias como estas se torna tácito que o tratamento é inútil, como exemplo poderia se citar um dano cerebral grave e irreversível. Nestes casos, fatores médicos objetivos e julgamentos de especialistas são centrais. Como uma consideração provisória, pode-se dizer que um tratamento é despropositado ou fútil, quando este não tem chances de ser eficaz, e assim é moralmente opcional.

Em relação ao segundo tipo, pode-se dizer que “O princípio da não-maleficência não implica a conservação da vida biológica, nem exige que se inicie, nem que se prossiga o tratamento sem levar em conta a dor, o sofrimento e o desconforto do paciente.”<sup>170</sup> Poucas decisões são mais importantes do que as de recusar ou de interromper um procedimento médico que sustenta a vida de um paciente. Esses seriam os casos paradigmáticos e mostram a centralidade do princípio da não-maleficência. Quando se recusa ou se interrompe um tratamento isso é feito justamente porque se causa mais dano ao indivíduo. E se a equipe médica está ciente disso, estaria se causando um mal intencionalmente, o que não tem como ser justificado bioeticamente.

---

<sup>169</sup> *Ibidem*, p.166.

<sup>170</sup> *Ibidem*, p.169.

## 2.5.7 A centralidade dos julgamentos sobre a qualidade de vida

Controvérsias acerca dos julgamentos sobre a qualidade de vida levam diretamente a se discutir se o tratamento é opcional ou obrigatório. Quando a qualidade de vida é tão baixa que uma intervenção produz mais males do que benefícios ao paciente é justificável rejeitar ou suspender o tratamento. Para conseguir se responder e pensar isso de maneira coerente somente um critério moral pode ajudar a resolver isso. Esses julgamentos requerem critérios do que sejam os benefícios e os males, a fim de saber a qualidade de vida futura. Quando a balança tende mais para dor e sofrimento do que os eventuais benefícios, pelo princípio da não-maleficência deve-se moralmente seguir essa “regra”. Em relação a julgar pela ideia da qualidade de vida, Paul Ramsey, teme que isso leve a políticas de eutanásia ativa e involuntária.<sup>171</sup> Por isso, tem que se adotar critérios objetivos para julgar nesses termos, quando é ou não é voluntário uma escolha. Sabe-se que existem casos em que é a família que decide, pois a pessoa não tem mais a capacidade de escolher livremente, como em casos que envolvam a inconsciência da pessoa. No entanto, o debate se volta novamente nesses casos sobre quem decide sobre o futuro do paciente: é a família, ou o médico com seus argumentos técnicos, ou o indivíduo? Mas, neste ponto, argumentam Beauchamp e Childress, é importante nós usarmos o critério da qualidade de vida. Com isso, poder-se-ia fornecer uma resposta ou uma direção mais segura para a escolha moral. No entanto, Ramsey crê que isso abriria a porta para a eutanásia ativa e a eutanásia involuntária. Contudo, fatores médicos, supostamente objetivos, não podem oferecer o que Ramsey pretende. É complicado e difícil em determinados casos prever o que irá beneficiar um paciente sem pressupor algum modelo de qualidade de vida ou alguma noção de vida boa que o paciente irá viver após uma intervenção médica.

Assim, a qualidade de vida de um paciente não pode se balizar pelo valor que os familiares dão a esta pessoa e ela a sua família, nem pelos custos que isso ocasionará à sociedade.<sup>172</sup> Uma primeira

---

<sup>171</sup> Beauchamp e Childress citam a seguinte obra de Ramsey, onde isso pode ser observado e consultado: RAMSEY, Paul. **Ethics at the edges of life**. New Haven: Yale University press, 1978. p.155. Encontra-se essa referência na obra de Beauchamp e Childress na p.170.

<sup>172</sup> Essa ideia, contudo, se choca com uma determinada concepção de justiça. Em particular, vai contra a ideia de que se um tratamento é muito caro deve

impressão, que se pode notar no princípio da não-maleficência é como este está vinculado ao da beneficência, porém não podem ser confundidos. No entanto, os critérios médicos do melhor interesse do paciente devem ser levados em consideração. Caso contrário, poder-se-ia estar causando mais mal do que bem ao paciente.

### 2.5.8 Crianças com doenças ou deficiências graves

A discussão fica mais complicada sobre a temática da “qualidade de vida”, quando envolve fetos bem desenvolvidos, recém-nascidos e/ou crianças pequenas. Assim, “A qualidade de vida nesses casos, às vezes, é tão precária que suscita questões acerca de se o controle obstétrico agressivo ou o tratamento intensivo não produziria mais danos que benefícios para os pacientes.”<sup>173</sup>

Alguns argumentam que a *evitação do dano*, inclusive dos danos *iatrogênicos*<sup>174</sup> é a melhor referência para as decisões no interesse de fetos e de neonatos em berçários. Porém, existem as três condições de tratamentos que devem ser observados ao preço de se estar violando a obrigação de não causar dano. Se essas características são encontradas nos casos envolvendo fetos e crianças, estar-se-ia aumentando o dano:

- I. incapacidade de sobreviver a infância
- II. incapacidade de viver sem dores severas
- III. incapacidade de participar minimamente da experiência humana.

Em suma, os dois bioeticistas afirmam que as “considerações controladas sobre qualidade de vida, juntamente com o princípio do respeito à autonomia, no caso de pacientes capazes, pode, legitimamente, determinar se os tratamentos são opcionais ou

---

sempre ser garantido. Como os recursos médicos são escassos, como todos os recursos materiais. Assim, deve-se avaliar até que ponto e em que medida pode-se garantir um tratamento muito dispendioso ou extraordinário.

<sup>173</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.171.

<sup>174</sup> Segundo o dicionário Houaiss (2001), iatrogenia literalmente significa: Geração de atos ou pensamentos a partir da prática médica. Pode ser entendida também como um ato que se refere a um estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas por, ou, resultantes do, tratamento médico.

obrigatórios.”<sup>175</sup> Deve-se ainda, como último requisito, observar que tratar pessoas com expectativas baixas e com uma condição no qual se aumenta a dor ao invés de diminuí-la se não seria melhor suspender o tratamento. Contudo, em discussões como essas, entra em pauta a distinção entre matar e deixar morrer.

## 2.5.9 Matar e deixar morrer

Aqui cabe salientar que certas distinções devem ser esclarecidas no que se entende por matar e deixar morrer, como entre *ato* e *omissão* e entre *ativo* e *passivo*. A partir disso, é interessante analisar esses conceitos com as categorias propostas por Beauchamp e Childress de vantagens (benefícios) e desvantagens e conceitos como os de tratamentos obrigatórios e opcionais. Para os autores, a discussão entre matar e deixar morrer acaba se rendendo a uma briga ideológica e corporativista por parte dos médicos. Para eles, o mais interessante é trabalhar na perspectiva dos tratamentos obrigatórios e opcionais. Abaixo se faz uma breve explanação, em linhas gerais, de como os dois bioeticistas pensam esse assunto.

1ª questão: diferenças conceituais entre matar e deixar morrer. *Matar* representa uma família de ideias cuja condição central é causar diretamente a morte de alguém, ou seja, agir diretamente e intencionalmente. Enquanto que *deixar morrer* representa outra família de ideias cuja condição central é evitar intencionalmente uma intervenção causal, a fim de que uma enfermidade ou ferimento cause uma morte natural.

O deixar morrer é moralmente aceitável, pois nos leva a crer que a natureza agiu dessa forma e assim queria. Já o matar nos leva a pensar que houve uma ação direta e é moralmente condenável. Tanto é assim que a medicina como ciência se percebe como protetora da vida e tenta resguardá-la, não sendo a causadora da morte, mas sim, a sua combatidora. Por isso, num primeiro momento, parece ser errado matar, pois vai contra os preceitos básicos da medicina tradicional.

As diferenças morais entre casos onde deixar morrer é moralmente permissível e casos onde deixar morrer é omitir-se, mostra, segundo alguns bioeticistas incluindo Rachels, Kuhse, Beauchamp e Childress, a pertinência da distinção. Se não existisse essa diferença

---

<sup>175</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.172.



entre deixar morrer e matar, então também não seria possível estabelecer quando um profissional da saúde age de forma negligente ou não. Se esse é o caso, então, em algumas situações, deixar morrer pode ser realmente considerado uma forma mais cruel de matar.<sup>176</sup>

2ª questão: a omissão do tratamento como um ato de matar ou de deixar morrer. Quem age mata, quem não age deixa morrer. Então, omitir-se é deixar morrer. Mas há diferença moral entre elas? A ideia de matar, na medicina, ainda é um estigma abominável que sempre se buscou colocar em segundo plano. Isso acontece justamente pelo medo da ladeira escorregadia. De modo geral, existem regras gerais que proíbem causar a morte principalmente na medicina, no qual o código moral é contra causar ativamente a morte de uma pessoa. Esse modo de raciocinar é um importante modelo que sempre é e foi seguido historicamente nas ciências médicas. Essa é uma regra que se constituiu como um dos fios do tecido das regras que sustentam o respeito à vida humana. Em geral, os motivos são apropriados na medicina, e há tanto justificação moral como legal à ação. Contudo, seja o motivo censurável ou louvável, o ato continua sendo um ato de matar. Nota-se que aqui certas distinções não são feitas. Aqui parece que reaparece a regra do duplo efeito, porém não se faz a devida diferenciação das motivações e intenções clínicas. Pode-se perceber que a omissão de tratamento pode se configurar sim como um erro, mas apenas se a intenção foi a de causar um dano que era evitável. O importante nesse caso é observar que a omissão, configura-se como um caso especial de dano. Quando se omite a não ajudar na morte, isso se configura de modo tão errado como não prestar auxílio quando este poderia ter sido realizado.

Dentro dessa perspectiva, existe o problema da confusão de opiniões terminológicas. Algumas pessoas usam o termo ‘matar’ como um termo *normativo* aplicado a ideia da não-maleficência, paralelo a homicídio ou assassinato injustificado. E se são atos justificados não são entendidos como matar, mas sim como casos de deixar morrer. Qual o medo que se oculta por trás do matar? Matar pode ser moral e legalmente justificado, apesar de ser errado *prima facie*. Mas para Beauchamp e Childress, ao invés de se falar em termos de matar ou deixar morrer, o mais interessante é empregar as ideias de tratamentos opcionais e obrigatórios, pois com isso se retira o estigma do termo matar. Apesar de que isso não muda a natureza da ação. É apenas um recurso linguístico e psicológico para amenizar e tornar a discussão

---

<sup>176</sup> DALL’AGNOL, Darlei. **Deixar morrer e matar**: análise conceitual e diferença moral. Florianópolis, 2009, [S. l. : s. n.], p.3.

sobre matar ou deixar morrer menos impactante.

3ª questão: quando matar não é moralmente diferente de deixar morrer. Nesse quesito, os autores pensam que, ao que é certo e o que é errado moralmente num caso biomédico, dependem do mérito da justificação que está por trás da ação, e não do tipo da ação. Em suma, esse é o problema de fundo que ronda toda essa querela de matar e deixar morrer.

4ª questão: o alcance dos direitos do paciente. Aqui, trata-se de direitos, de ter assistência de especialistas que estejam dispostos a ajudá-los a controlar as condições em que irão morrer. Assume-se essa posição pelo princípio da autonomia e da não-maleficência. Isso é válido quando as condições do paciente são excessivamente penosas, o controle da dor é inadequado e somente um médico pode libertá-lo desse sofrimento atroz. Não se pode deixar simplesmente o paciente morrer nesses casos, pois, a dor seria aumentada, indo contra o princípio da não-maleficência. Aqui, percebe-se o funcionamento do respeito à autonomia dos pacientes. Nessa situação não se pode negar auxílio para que esse paciente tenha uma morte digna e estaria se causando um mal maior não o respeitando na sua autonomia além de aumentar desnecessariamente a sua dor física, causando assim um mal que é facilmente evitável.

Essa relação de ajudar uma pessoa a morrer causa, contudo, um desconforto. A ajuda na morte vai contra o juramento hipocrático que afirma: “[...] Conservarei imaculada minha vida e minha arte. Em toda a casa, aí entrarei para o bem dos doentes, *mantendo-me longe de todo o dano voluntário*.”<sup>177</sup> No entanto, aqui cabe uma revisão crítica a tradição hipocrática. Estaria se causando um dano voluntário ajudando uma pessoa a dar um fim digno a sua vida? A medicina Hipocrática ainda incorpora o valor clássico dessa ciência como a protetora e mantenedora da saúde da pessoa, buscando sempre a cura e o bem do paciente. Contudo, essa mesma tradição, não fornece nenhum contra argumento para não ajudar na morte, pois estar-se-ia aumentando voluntariamente um dano ao indivíduo não o ajudando a se libertar de sua grande agonia e desconforto físico. O princípio primordial da medicina, *Primum non nocere*, talvez aqui é conscientemente deixado de lado para não dar motivo a justificação do porquê o médico não ajuda seu paciente a se livrar de seu sofrimento. Dessa maneira, essa perspectiva de somente ajudar ou fazer o bem para prolongar a vida, coloca o problema de se aumentar desnecessariamente uma vida em sofrimento. Pois, pelo atual

---

<sup>177</sup> Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>>. Acessado em 27 de Outubro de 2013.

desenvolvimento da tecnologia médica, uma vida sem valor para o indivíduo pode ser prolongada de maneira contrária à sua vontade de dar cabo a sua dor. Isso vai contra o princípio da não-maleficência e liga-se diretamente com a discussão da morte medicamente assistida.

### **2.5.10 Remodelando regras sobre a morte assistida**

A morte medicamente assistida para alguns soa como um absurdo, para outros é um direito que deve ser garantido. Assim, tal ideia pode vir a ferir a não-maleficência para alguns, e para outros, são ações corajosas de beneficência. Casos que envolvem a morte medicamente assistida se processam em dois níveis: em atos e práticas. Quando a ação entra no nível prático, muitos teóricos acusam que isso levaria diretamente à ladeira escorregadia. Sobre isso Beauchamp e Childress fazem dois comentários: para eles é importante diferenciar essa discussão em dois tipos, conceitualmente e psicossociologicamente.

No plano conceitual, pode-se dizer que a ladeira escorregadia ocorre da seguinte forma: ocorre um ato particular, aparentemente inocente, que ao longo do tempo levará a que tudo que essa ação iniciou seja permitido. Quando tomado de forma isolada, pode levar a um conjunto futuro de eventos de crescente malefício, não sendo mais discutidos, pois o medo da ladeira escorregadia é que se aceita uma ação agora ela se tornará uma regra no futuro. Ou ainda, uma norma ou uma justificação para um tipo de ação (que agora é vista como moralmente perigosa, pois facilmente cairia numa ladeira escorregadia) que, considerada isoladamente, é moralmente inaceitável termina por apoiar atos similares inaceitáveis, e daí em diante, ações dessa natureza tornam-se permissíveis.

No âmbito psicossociológico, abrir espaço para exceções às regras aceitas até então, levariam tanto no nível de caráter profissional, como social ou legal, a uma permissividade generalizada de atos inaceitáveis.<sup>178</sup> Assim, pode-se chegar a ideia da morte piedosa na

---

<sup>178</sup> Esse recurso argumentativo, tenta mostrar que discussões sobre a eutanásia infelizmente sempre são associadas ao nazismo quando a discussão torna-se pública ou entra no ambiente da internet. Segundo essa perspectiva, isso é interessante para ilustrar o fato de que discussões sobre a eutanásia sempre acabam sendo comparadas ao nazismo. O que leva a analogia da regra ou lei de Godwin: À medida que uma discussão na internet cresce, a probabilidade de surgir uma comparação envolvendo Hitler ou o nazismo aproxima-se de 100%.

prática da medicina: a questão que gira neste ponto não é a dos limites precisos que uma política pública deve fixar no que diz respeito à assistência na morte, mas sim a questão das formas de assistência na morte, que são moralmente justificáveis na prática médica.<sup>179</sup> O fantasma da ladeira escorregadia sempre se mostra presente nas discussões envolvendo a eutanásia. Um exemplo disso é Jack Kevorkian, médico que com sua máquina ajudou pacientes a se suicidarem. De modo enfático e universal, médicos, advogados e escritos sobre bioética condenam as ações do Dr. Kevorkian, justamente por este não ter feito uma ponderação mais cuidadosa dos motivos que levavam os seus pacientes a quererem a sua própria morte. Esses seriam casos em que a assistência a morte seria injustificada, porque o modo como foi feito é demasiadamente simplista. Em síntese, parece que o Dr. Kevorkian levou ao extremo simplesmente o respeito a autonomia do paciente, não investigando se estava ou não causando um dano a este ou a terceiros. Esse é um caso isolado da má compreensão da autonomia.

### 2.5.11 A justificação do fornecimento de assistência na morte

Para Beauchamp e Childress existem nove razões para aceitar as várias formas de assistência que ajudam a promover a morte de maneira digna. As condições que eles consideram suficientes para justificar casos de assistência na morte, incluiriam:

1. Um pedido voluntário de um paciente capaz
2. Uma relação continua entre paciente-médico
3. Tomada de decisão mútua e informada pelo paciente e médico
4. Um ambiente de decisão que proporcione ser crítico e questionador
5. A consideração de alternativas rejeitadas
6. Aconselhamento estruturado com outros

---

Apesar de se reconhecer que a analogia com o nazismo é fraca, se coaduna com a ideia de Godwin pelas ideias nazistas sempre aparecerem em discussões que se desenrolam em meio público. Com isso, queria se mostrar que a ladeira escorregadia sempre é propalada como um mal que deve ser evitado. Assim, deve-se sempre proibir argumentos que possam levá-lo a cair nessa armadilha.

<sup>179</sup> Conferir: BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.176-185.

médicos

7. Que o paciente expresse uma preferência duradoura pela morte
8. Sofrimento inaceitável por parte do paciente
9. Uso de método que seja o mais indolor e confortável possível.<sup>180</sup>

Dessa lista, poder-se-ia colocar as seguintes situações problemas: I) Por que é errado ocasionar a morte? Só é errado quando se ocasiona a morte ou se essa pessoa é prejudicada, sofre prejuízos de seus interesses que de outra maneira não sofreria, ou seja, quando causa a uma pessoa a perda da possibilidade de planejar e escolher o seu futuro. Aqui ocorreria a perda da autonomia (liberdade milliana). Em relação ao II) Suicídio medicamente assistido: O problema é que a lei e a medicina (e, em alguma medida, a ética) conspiram para bloquear essa opção para os pacientes, insistindo na manutenção das sanções tradicionais contra o suicídio medicamente assistido. Outro caso seria III) Decisões tomadas em nome de pacientes incapazes. Os pacientes que não têm família são o foco nesse ponto. E não os que estão incapacitados, mas que têm uma família a sua volta. Tudo o que se pode esperar em casos como esses são uma justiça imperfeita quanto aos procedimentos. Não há uma certeza, o que se tem são intenções pretendidas e expressas anteriormente pelo paciente. O procedimento é justo, mas não garante ou assegura o resultado certo. Assim, o que se busca em casos assim são os resultados corretos.

As instruções ou diretrizes antecipadas seria outro ponto a ser considerado e relevado em casos de decisões tomadas em nome do paciente: o que mais conta aqui é a autonomia do que o próprio princípio da não-maleficência, mas considera-se que sempre, em toda ação biomédica, busca-se primeiramente não causar dano. Uma forma da pessoa ter a sua vontade respeitada, seria ela, enquanto capaz, escrever suas instruções para os profissionais de saúde ou escolher um responsável para tomar decisões de tratamento quando eventualmente encontrar-se impossibilitada de o fazer. Há dois tipos de diretrizes antecipadas: as i) *living wills* [testamento informal, carta de recomendações] e ii) procuração durável.<sup>181</sup>

---

<sup>180</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.183.

<sup>181</sup> Conferir o artigo de Luciana D. Penalva que trata dessa questão da declaração prévia da vontade do paciente. “Esta modalidade de diretiva antecipada surgiu nos EUA, especificamente no Estado da Califórnia, e foi

Quando se trata de uma decisão substituta sem diretrizes antecipadas devem envolver outras características: A) O papel da família – a família tem um papel central nas escolhas do futuro do paciente, porém, às vezes, a família pode ter interesses ou ser simplesmente um “estranho”.<sup>182</sup> Entenda-se nesse caso estranho, pois já não há nenhuma relação afetiva entre os familiares. Nesses casos outros deverão tomar o seu lugar. Advogados, comitês de ética, etc. B) O papel dos profissionais da saúde: estes podem desempenhar um papel crucial para orientar, aconselhar ou ajudar a família na tomada das melhores decisões, mediando e explicando os procedimentos tomados e a situação do paciente. Porém, pode ocorrer aqui facilmente o paternalismo. C) Os comitês institucionais de ética. Os comitês de ética têm um grande papel a desempenhar para favorecer um debate aberto, no qual possam favorecer que se façam deliberações melhores do que se poderia esperar dos envolvidos quando em contextos estreitos. O comitê funcionando como um mediador, ajudaria especialmente quando não há conflitos legais aparentes entre as várias partes envolvidas na decisão. Podendo oferecer uma opção mais razoável e racional. Em alguns casos, o aconselhamento do comitê pode ajudar as partes envolvidas a evitar dificuldades legais. E, por fim, D) O sistema judicial – configura-se como a instância máxima, pois o tribunal tem a responsabilidade de tomar tais decisões, responsabilidade que não deve ser confiada a nenhum outro grupo, nas palavras da corte de Massachusetts. Contudo, sabe-se que a judicialização da saúde e da medicina é uma via de mão única. É um processo que se iniciou na década de setenta nos EUA e se espalhou para o mundo. Esse processo acabou por tornar as decisões na

---

legalizada no âmbito federal pela *Patient Self Determination Act (PSDA)*.” PENALVA, Luciana Dadalto. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. **Revista bioética**. Brasília: v.17, n.3, 2009, p.524.

<sup>182</sup> A ideia de estranho moral é trabalhada amplamente por Engelhardt. Um estranho moral não é uma pessoa fora de nossa sociedade. Como um exemplo poderia se citar o caso de um católico que aceita o uso do preservativo e o outro que não o aceita. Esse já é um caso de estranho moral por não partilhar uma ideia coerente e unificada. “Os estranhos morais podem ser os melhores amigos afetivos. De fato, podem até ser cônjuges. Ainda assim, ser um estranho moral é habitar em um mundo moral diferente. Um médico ateu na Holanda pode considerar a recusa ao suicídio assistido pelo médico, por parte de um paciente em agonia terminal, como estranho aos compromissos morais do médico. O ateu vive em um mundo moral estranho ao crente, que suporta a doença como submissão à vontade de Deus.” ENGELHARDT, H. Tristram. **Fundamentos da bioética**. 2. ed. São Paulo: Editora Loyola, 1998, p.124.

área da saúde mais lentas, litigiosas e cada vez levam mais as pessoas a perderem a confiança na medicina, pois tudo acaba por se tornar uma decisão jurídica. Confiar na instância última que é o direito, parece ser um processo sem volta, mas não sem danos a própria ideia de como a medicina poderia ser exercida.

Se evitar dano intencional é o princípio mais premente, isso que se defende nessa dissertação, necessariamente leva a se discutir e a entender o que seria fazer o bem a alguém e ser justo para com as pessoas. E se agir assim é agir levando em conta a não maleficência. Isso justamente parece se tornar tácito porque no principialismo os princípios devem ser sempre tomados *prima facie* com sua base intuicionista. Contudo, isso gera algumas incertezas, pois não é pressuposto nenhuma prioridade. Assim para o principialismo, além dos princípios terem uma enunciação ampla, isso gera a possibilidade da análise de um número maior possível de casos que podem ser pensados pelo seu método.<sup>183</sup> Isso se mantém pela própria forma pragmática da teoria principialista tanto na sua interpretação como em sua aplicação. No entanto, acredita-se que delimitar e defender uma prioridade retira essa ambiguidade entre os princípios e possibilita uma ação mais correta, pois antes e acima de tudo, não causar o dano apresenta-se como a ação mais importante a ser alcançada pelas ações éticas.

---

<sup>183</sup> Deveres *prima facie* não tem hierarquia. Contudo, procura-se desenvolver a hipótese de que há uma prioridade de outro tipo. Uma defesa disso ocorre pelo seguinte motivo: pode-se defender isso por uma prioridade cronológica. Pois em casos bioéticos sempre se sobressai em primeiro lugar a ideia da não-maleficência em relação aos outros, por ser um princípio de valor neutro e de caráter negativo, proibitivo estrito. Sendo assim, não se tem um princípio com uma prioridade lógica, essa ideia é descartada, mas sim cronológica, pois em casos biomédicos o princípio acaba sendo sempre observado e ponderado antes dos outros. Acima se comentou a diferença entre uma visão verticalizada e uma horizontalizada, as teorias hierárquicas são verticais, tendo uma aplicação de cima para baixo em relação aos princípios. Teorias horizontais são todas que não pressupõe uma hierarquia léxica de cima para baixo. Aqui continua-se defendendo uma teoria horizontal, mas com uma prioridade cronológica, o que não necessariamente leva a uma verticalidade. Deve-se procurar colocar um princípio mais abstrato e neutro do ponto de vista moral para poder regular as ações na bioética. Pois, primeiramente ou antes de tudo, não causar dano, se sobrepõe necessariamente sobre os outros, no sentido cronológico.

## 2.6 BENEFICÊNCIA

Para tratar do princípio da beneficência, Beauchamp e Childress partem de uma concepção de moralidade “prática”<sup>184</sup> que, além de considerar “as pessoas como autônomas [devemos também] nos abster de prejudicá-las”<sup>185</sup>, além de que deve-se fazer alguma coisa para contribuir para o seu bem-estar. Embora não haja uma hierarquização nessas ações/attitudes, cabe ao princípio da beneficência a atitude de contribuir *positivamente* ao restabelecimento do bem-estar da pessoa, procurando recuperar as características necessárias para uma vida digna. Sendo assim, a conclusão a que chegam é a de que “a prevenção e a eliminação requerem atos positivos de beneficiar outros, pertencendo, portanto, antes à beneficência que à não-maleficência”<sup>186</sup>. Da beneficência, examinam seus dois princípios, quais sejam: “beneficência positiva e utilidade.”<sup>187</sup> Sendo assim, “a *beneficência positiva* requer a propiciação de benefícios. A *utilidade* requer que os benefícios e as desvantagens sejam moderados.”<sup>188</sup> A partir disso, tratam do conflito que há entre a beneficência e o respeito à autonomia das pessoas, ponderando benefícios, riscos e custos. Além da necessidade de separar o princípio da não-maleficência da beneficência, procurando mostrar a sua independência.

### 2.6.1 O conceito de beneficência

Comumente se entende a beneficência como compaixão, bondade ou caridade. Contudo, Beauchamp e Childress entendem a beneficência como “[...] uma ação realizada em benefício dos outros; a *benevolência* refere-se ao traço de caráter ou à virtude ligada à disposição de agir em benefício dos outros; e o *princípio da*

---

<sup>184</sup> Entende-se aqui, uma moralidade que parte de uma ação concreta, ou que conduz a ela, em vista de alguém.

<sup>185</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.197.

<sup>186</sup> Parte, pois, da máxima: *Primum non nocere*, isto é, acima de tudo, ou antes de tudo, não causar danos. “A não-maleficência requer apenas que intencionalmente nos abstenhamos de executar ações que causam danos.” *Ibidem*, p.151.

<sup>187</sup> *Ibidem*, p.197.

<sup>188</sup> *Ibidem*, p.197.



*beneficência* refere-se à obrigação moral de agir em benefício de outros”.<sup>189</sup> Percebe-se, assim, que esse princípio da beneficência é uma *obrigação moral* que se tem para com o outro a fim de que essa pessoa se beneficie.

A obrigação moral – do princípio da beneficência – baseia-se num aspecto natural do ser humano e na sua relação com os outros. A meta, objetivo e finalidade ou *télos* da ação moral que parte da beneficência, não é outro senão o de, por meio do benefício oferecido, restabelecer o outro de sua enfermidade ou readaptá-lo a sua nova condição. Porém, mesmo sendo uma característica natural do ser humano querer ajudar como o princípio da não-maleficência em não querer causar o dano, a beneficência não engloba todos os outros princípios; ele é mais *um* entre os demais, necessário em sua particularidade, qual seja: o de *agir em benefício dos outros*. Mas, segundo a teoria principialista esse princípio não tem nenhuma prioridade sobre os demais, sendo apenas mais um princípio *prima facie* como os outros três princípios.

Uma questão que aparece nesse ponto é se a beneficência seria uma obrigação ou apenas um ideal. Para ilustrar isso os autores citam a parábola do bom samaritano do novo testamento, para exemplificar que ser beneficente não é uma utopia. Com isso procuram mostrar que na moralidade comum não se pressupõe o princípio da beneficência como requerendo um grande sacrifício ou um altruísmo extremo. O que se defende é que existe sim uma beneficência positiva. Não parece haver nisso nenhum exagero. Assim, quando se fala no princípio da beneficência o que se espera em geral é que as seguintes regras sejam observadas:

1. Proteger e defender os direitos dos outros.
2. Prevenir que ocorram danos a outros.
3. Remover condições que poderiam causar danos a outros.
4. Ajudar pessoas com deficiências.
5. Auxiliar pessoas em perigo.<sup>190</sup>

Não se espera nada que ultrapasse essas características, pois caso contrário o princípio ganharia uma característica perfeccionista, ou seja, nesse caso, além de procurar evitar o dano ou o mal ao paciente, acrescenta-se que deveríamos nos empenhar em promover um bem

---

<sup>189</sup> *Ibidem*, p.197.

<sup>190</sup> *Ibidem*, p.199.

objetivo que todo paciente teria garantido de modo absoluto. Assim, é importante esclarecer e diferenciar o que se poderia esperar do princípio da beneficência de maneira realista ou factual e idealista ou utópica.

## 2.6.2 Da beneficência ideal e obrigatória

Como visto anteriormente, compreende-se a beneficência como uma obrigação moral. Assim, Beauchamp e Childress partem para a seguinte análise crítica: a beneficência pode ser compreendida tão-somente como uma obrigação moral ou também existem ideais beneficentes? Caso existam esses ideais, quais seriam as suas exigências e esse princípio seria exequível? É razoável defender um princípio que ultrapasse as obrigações e defenda uma ação perfeccionista?

Ilustrando isso, os autores recorrem a exemplos. Todos concordam que *deve-se* agir em benefício do outro; agora, a doação de um rim a um desconhecido não é algo obrigatório, mas louvável. Sendo assim, esse ato de doar o rim ao estranho não foi outorgado, mas partiu de um “gesto virtuoso-caritativo” que beneficiou o estranho. Aqui, a beneficência seria compreendida mais como um ideal do que como uma obrigação. Mais importante que sendo ideal e/ou obrigação é que a beneficência não se constitui de um dualismo nesses termos. Como visto acima, existem algumas regras que devem ser realizadas e pedir mais do que isso ultrapassa a nossa obrigação, tornando-se supererrogatória.

## 2.6.3 Distinguindo as regras de beneficência e não-maleficência

Começando pelas regras de não-maleficência. Estas “[...] (i) são proibições negativas de ações, (ii) devem ser obedecidas de modo imparcial e (iii) servem de base a proibições legais de certas formas de conduta”<sup>191</sup>, resumindo-se em *não infligir intencionalmente mal ou dano*. Por outro lado, diferentemente, “[...] as regras de beneficência (i) apresentam exigências positivas de ação, sendo que (ii) nem sempre precisam ser obedecidas de modo imparcial e (iii) raramente – ou nunca – servem de base a punições legais contra quem deixa de aderir a elas.”<sup>192</sup>

---

<sup>191</sup> *Ibidem*, p.199.

<sup>192</sup> Beauchamp e Childress tratam de três formas da beneficência: a) devemos impedir que ocorram males ou danos; b) devemos sanar males ou danos e, c)

Por si só, isso já mostra que a independência deve ser estabelecida entre a beneficência e a não-maleficência por uma questão básica ligada a obrigação que se tem de não infligir dano em contraste com a exigência de ajudar uma pessoa. Por uma questão de princípio a não-maleficência tem uma independência natural sobre a beneficência. Percebe-se dessa maneira o *status* distinto que cada um dos dois princípios carrega em sua formulação. O princípio da não-maleficência tem uma cogência sobre o princípio da beneficência. A moralidade comum parece proceder e raciocinar no mesmo sentido, sendo que a não-maleficência se sobrepõe a beneficência.

Na distinção dessas regras, nota-se que as de não-maleficência podem/devem ser levadas a cabo por todos necessariamente, de modo imparcial e obrigatoriamente. Não obstante, respeitando a sua imparcialidade, as regras de beneficência dificilmente seriam possíveis de serem levadas a cabo por todos, e na realidade ultrapassaria em alguns casos a obrigação de serem efetuadas.<sup>193</sup> Somente se pode/deve agir de modo beneficente diante daquilo que se julga razoável ser feito, tendo a lista proposta por Beauchamp e Childress de cinco exigências em mente: “1. Proteger e defender os direitos dos outros; 2. Prevenir que ocorram danos a outros; 3. Remover condições que poderiam causar danos a outros; 4. Ajudar pessoas com deficiências; 5. Auxiliar pessoas em perigo.”<sup>194</sup>

Agora, diante do impossível, como supostamente querer curar uma pessoa em um estado terminal, age-se e procura-se sempre proceder de modo não-maleficente, *protegendo* primeiramente esse indivíduo de danos.<sup>195</sup> Pois, acontece que em muitos casos se aumentam os danos ao

---

devemos fazer e promover o bem. BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.199.

<sup>193</sup> “Deixar de agir de modo não-maleficente para com alguém é (*prima facie*) imoral, mas deixar de agir de modo beneficente para com alguém com frequência não é imoral.” BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.199

<sup>194</sup> *Ibidem*, p.199.

<sup>195</sup> Lembre-se de que acima foi feita uma explicação de como Frankena compreendia a não-maleficência. Contudo para esse autor, os dois princípios centrais seriam a beneficência e justiça. Para Frankena a não-maleficência sereia entendida como: 1. Não devemos infligir mal ou dano. (*proteção*). A beneficência deveria ser compreendida como: 2. Devemos prevenir que ocorram males ou danos. (*prevenção*); 3. Devemos afastar males ou danos. (*precaução*);

indivíduo ao invés de diminuí-los. Sendo assim, pelo princípio da não-maleficência, poder-se-ia justificadamente pedir a eutanásia da pessoa, pois se estaria protegendo esse paciente de mais danos. Em contraste, não se deveria agir num caso como esse de modo beneficente, pois isso poderia se transformar num paternalismo médico, além de estar se aumentando o sofrimento. Querer proteger os direitos do paciente terminal impondo uma visão corporativista médica seria um erro.

Em geral a medicina não quer ser reconhecida ou vista como a causadora da morte. Tanto é assim, que comumente a medicina se coloca como papel principal a ser desempenhado a sua função de ser a promotora do bem-estar dos pacientes – e não procura somente evitar os danos – mas sim quer mostrar seu objetivo, fundamento e justificação como podendo aumentar e garantir o bem-estar das pessoas como um todo. Outra visão equivocada e que interferiria aqui, seria a espiritual, ligada a crenças religiosas ou ainda com uma interpretação equivocada jurídica do qual se pensa estar protegendo e defendendo o paciente apelando para o suposto direito de promover o melhor bem para o paciente. Em relação a esse último ponto, na busca do que seja o melhor para o paciente, se pode em alguns casos mostrar-se até justificado. Mas em geral, esses modos de compreensão seriam equivocados. Sendo assim, comumente se argumenta que a vida deve ser preservada a todo custo, mas em muitos casos isso levaria a causar mais danos do que benefícios, o que é moralmente injustificado. A pretensa ideia de proteger os direitos invocados pela beneficência confundiria fazer o bem como sendo sinônimo de evitar intencionalmente causar um dano. O que é um engano e ultrapassa muitas vezes o papel que a medicina deveria desempenhar na sociedade contemporânea.

#### 2.6.4 A beneficência geral

Fazendo a distinção entre beneficência *específica* e beneficência *geral*, Beauchamp e Childress entendem a beneficência geral como um “tipo” de beneficência que ultrapassa os relacionamentos especiais (familiares, de determinado grupo, de laços afetivos), estendendo-se a todas as pessoas independentemente de qualquer tipo de vínculo. Esta

---

4. Devemos fazer ou promover o bem.<sup>195</sup>(*prudência*). Justamente se cita isso, por se compreender que a não-maleficência se liga ao fato primordial da proteção dos indivíduos de não serem prejudicados. Por isso a sua importância.

beneficência “obriga-nos a beneficiar até mesmo as pessoas que não conhecemos e por cujas opiniões não temos simpatia.”<sup>196</sup> Com respeito a isso os autores concordam que não há nada de errado, mas esse princípio é extenso demais. Consequentemente resultaria em uma ação que vai além do dever, tornando-se supererrogatória. Isso superaria muitas expectativas razoáveis que podem ser esperadas do indivíduo. Assim, o princípio da beneficência geral deve ser abandonado, pois atualmente ele não pode mais ser considerado, sendo que se torna um paternalismo autoritário ou ainda *perfeccionista*. Um paternalismo desse tipo perfeccionista, não leva em consideração a autonomia do paciente e acaba por impor a sua visão do que seja a vida boa. Sendo assim, todo e qualquer tipo de manipulação e coerção devem ser rechaçados em prol de uma beneficência mais estreita ou específica.

### 2.6.5 A beneficência específica: a obrigação de ajudar

Diferentemente da beneficência *geral*, a beneficência *específica* “[...] se direciona a indivíduos ou grupos específicos, tais como crianças, os amigos e os pacientes.”<sup>197</sup> Assim Beauchamp e Childress procuram se focar especificadamente na ação de beneficência específica:

Uma pessoa X tem uma determinada obrigação de beneficência para com uma pessoa Y se, e somente se, cada uma das seguintes condições for satisfeita (assumindo-se que X está ciente dos fatos relevantes):

1. Se Y está em risco de perder a vida, de sofrer um dano à saúde ou de ter algum outro interesse importante prejudicado;
2. Se a ação de X é necessária (isoladamente ou em conjunto com as de outros) para evitar essa perda ou esse dano;
3. Se a ação de X (isoladamente ou em conjunto com as de outros) tem uma alta probabilidade de evitar a perda ou o dano;
4. Se a ação de X não representaria riscos, custos ou ônus significativos para X;
5. Se o benefício que se espera que Y obtenha excedem os danos,

---

<sup>196</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.200.

<sup>197</sup> “A maioria de nossas obrigações de beneficência fundem-se em relações referentes a responsabilidades específicas (e em outras relações especiais).” *Ibidem*, p.204.

os custos ou fardos que recairão sobre X.

Para os autores, uma *obrigação* de beneficência de uma pessoa em relação a outra, seja esta de um relacionamento especial (de parentesco e de amizade) ou não, leva em conta essas cinco condições – e isso é possível por se tratar de uma responsabilidade profissional. Caso se ultrapasse essas exigências, defendem os autores, estaria se caminhando para uma concepção geral de beneficência. Que excede nossa obrigação de ajudar.

### **2.6.6 Uma justificação das obrigações da beneficência baseada na reciprocidade**

Tendo analisado acima as obrigações da beneficência geral e da beneficência específica, Beauchamp e Childress as justificam baseando-se na *reciprocidade*. No entanto, não sustentam que a reciprocidade poderia dar conta de todas as obrigações da beneficência. Compreendem a reciprocidade como sendo “o ato ou a prática de dar uma retribuição apropriada (com frequência proporcional). Por exemplo, retribuir um benefício com um benefício proporcional, um dano com uma sentença criminal proporcional e a amizade com a gratidão.”<sup>198</sup>

Neste sentido, por mais que a reciprocidade conduza – ou possivelmente conduziria – a “vida social” como um todo, esta “vida social” não se reduz às obrigações de reciprocidade. Pois até mesmo as pessoas que não possuem reciprocidade têm a obrigação de, em alguns casos, agir de modo beneficente. Caso o indivíduo queira agir dessa forma, todos podem fazer e promover o bem independentemente de qualquer tipo de relação, seja ela natural ou circunstancial, que tenha (ou venha a ter) para com o outro. Contudo, não são obrigados a retribuir. De modo geral, agir com reciprocidade levaria a fortalecer os laços sociais e de solidariedade dentro da comunidade, o que sempre é bem vindo em qualquer relação humana.

### **2.6.7 Paternalismo: conflitos entre beneficência e autonomia**

O conflito entre a beneficência e a autonomia se dá por uma questão que foi surgindo historicamente. Desde o início da medicina, as

---

<sup>198</sup> *Ibidem*, p.205.

obrigações e virtudes de um profissional da saúde para com o paciente sempre foram vistas como “compromissos de beneficência”: *Ajudar ou, ao menos, não causar dano*. Esse compromisso partia exclusivamente do próprio julgamento do profissional em relação ao paciente. Aquele tomava decisões próprias visando ajudar ou não causar dano ao paciente. “Contudo, a medicina se confrontou cada vez mais – especialmente nos últimos trinta anos – com a reivindicação do direito dos pacientes de fazer um julgamento independente sobre seu destino médico.”<sup>199</sup> Aqui nasce a disputa entre respeitar à autonomia e a obrigação de ajudar um paciente. Com o advento do princípio da autonomia o perigo de incorrer em um paternalismo torna-se fácil.<sup>200</sup> Cientes que há um tipo de paternalismo que deve ser mantido, o que não é mais admitido seria o paternalismo geral e perfeccionista.

Mas antes de tratar do paternalismo, Beauchamp e Childress precisam resolver o dilema existente entre a beneficência e a autonomia. Afinal, estão de acordo que este é um dos problemas centrais na ética biomédica. Pois há quem defenda uma hierarquia de um em relação a outro. Não obstante, relacionado às várias formas de compreensão, Beauchamp e Childress argumentam que “[...] o debate sobre qual princípio ou modelo deveria ser prioritário na prática biomédica não pode ser resolvido de forma tão simplificada, defendendo-se um princípio contra o outro ou transformando um princípio em absoluto.”<sup>201</sup>

Tanto o princípio da beneficência (principalmente) quanto o da não-maleficência, foram, por muito tempo, vistos como o fundamento do tratamento paternalista dispensado aos pacientes. Isso porque o tratamento paternalista pode ser definido como “a não-aquiescência ou a intervenção intencional nas preferências, nos desejos e nas ações de outra pessoa, com o propósito de evitar que lhe ocorram danos ou de beneficiá-la.”<sup>202</sup> Ora, esse paternalismo médico quer evita, por exemplo,

---

<sup>199</sup> *Ibidem*, p.207.

<sup>200</sup> Beauchamp e Childress assumem a compreensão do paternalismo na sua analogia com o pai: “A analogia com o pai pressupõe duas características da função paterna: A de que o pai age de modo beneficente (ou seja, de acordo com sua concepção dos interesses dos filhos) e a de que ele toma todas as decisões relacionadas com o bem-estar dos filhos – ou ao menos algumas delas – em vez de deixá-los tomar decisões próprias” *Ibidem*, p.208.

<sup>201</sup> “A beneficência fornece a meta e o fundamento primordiais da medicina e da assistência à saúde, enquanto o respeito à autonomia (e à não-maleficência e à justiça) estabelece os limites morais das ações dos profissionais ao buscar essa meta” *Ibidem*, p.207.

<sup>202</sup> *Ibidem*, p.208.

dar certas informações aos pacientes, em nome da beneficência, pois revelar algumas informações poderiam ter uma consequência danosa ao paciente, contudo isso constitui-se em um problema moral.<sup>203</sup> Sendo assim, Beauchamp e Childress argumentaram que “as ações autônomas, assim como as não-autônomas são, às vezes, justificavelmente restringidas com base na beneficência.”<sup>204</sup> Para melhor compreender o paternalismo, distingue-se entre paternalismo *fraco* (específico) e paternalismo *forte* (geral). Entende-se o paternalismo fraco como sendo a intervenção do agente, por beneficência, para prevenir danos que o próprio paciente poderia fazer a si mesmo e de modo não-voluntário ou mesmo disponibilizando um tratamento que a primeira vista é contra as crenças morais do paciente, mas que vão diretamente contra o princípio de beneficência de prevenir e remover danos, como no caso de testemunhas de Jeová.<sup>205</sup> De modo contrário, no paternalismo forte ou perfeccionista – o agente toma suas decisões para além do consentimento do paciente a fim de protegê-lo – tendo previamente a concepção de como e o que deve ser garantido para o paciente.

### 2.6.8 A justificação do paternalismo e do antipaternalismo

Beauchamp e Childress apresentam três posições a respeito da justificabilidade do paternalismo: “(1) o antipaternalismo; (2) um paternalismo justificado que recorre principalmente a alguma formulação do princípio do respeito à autonomia; e (3) um paternalismo justificado que recorre principalmente a princípios de beneficência.”<sup>206</sup> Para as três posições, alguns atos do paternalismo fraco são justificáveis, aceitas pelo fato de que neste tipo de paternalismo beneficente o agente evitaria danos prováveis que o paciente causaria a si mesmo. Nesse caso, percebe-se novamente que há uma relação com o princípio da não-

---

<sup>203</sup> De um lado, há quem defenda que o paciente deve vir a saber de tudo, porém, este “dizer-lhe a verdade” poderá vir a lhe causar dano emocional. De outro lado, alguns defendem que certas informações somente a família ou pessoas mais próximas do paciente poderiam saber; a fim de evitar danos maiores ao paciente. Tem-se, portanto, um caso moral de difícil solução.

<sup>204</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.209.

<sup>205</sup> Citam-se como exemplos: a conduta de indivíduos com depressão severa ou que estejam impossibilitados de escolha ou de ação livre.

<sup>206</sup> *Ibidem*, p.213.



maleficência. Por outro lado, argumentos relacionados à discussão e a defesa do paternalismo forte, levaria a se propor um tipo de intervenção que é entendido comumente como não-beneficente (na perspectiva subjetiva do paciente), por carregar em seu bojo uma concepção prévia do que seria o bem para o indivíduo/paciente na concepção do médico, não levando em consideração a autonomia do paciente.

O antipaternalismo se posiciona e ganha espaço firmando-se contra o paternalismo forte. Pois este paternalismo forte viola os direitos individuais do paciente (seu consentimento livre, esclarecido e informado é desrespeitado); trata-se somente de uma posição restritamente autônoma da parte do profissional de saúde com a concepção do que é uma vida boa para ele, não dando a oportunidade do paciente usar do seu consentimento e de decidir livremente. Deste modo, o paternalismo fraco e o antipaternalismo, embora sejam distintos, não divergem. Ambos afirmam algum tipo de vida boa. Isso por si só não invalida, dentro da bioética, a aplicação de um tipo de paternalismo fraco.

Agora, justifica-se o paternalismo pelo consentimento ou pelo benefício – *fraco* – por meio de algumas condições. Para que isso se efetive de modo coerente, quatro critérios devem ser observados:

- (1) danos prevenidos ou os benefícios proporcionados à pessoa suplantarem a perda da independência e o sentimento da invasão causados pela intervenção;
- (2) a condição da pessoa limitar seriamente sua habilidade de fazer uma escolha autônoma;
- (3) a intervenção for universalmente justificada em circunstâncias relevantemente similares;
- (4) o benefício da ação paternalista houver consentido, for consentir ou fosse consentir, caso estivesse em pleno uso de suas faculdades racionais, na ação feita em seu nome.<sup>207</sup>

Essas condições justificam o paternalismo fraco e não se baseiam na autonomia, mas antes nas concepções da beneficência.

Por outro lado, as condições para se justificar o paternalismo forte são mais restritas. Pois, trata-se de um paternalismo que pode incorrer em desrespeito para com a autonomia do paciente. Tão somente se justifica o paternalismo forte se forem satisfeitas as seguintes condições: (1) se o paciente está exposto a um dano significativo e

---

<sup>207</sup> *Ibidem*, p.216.

evitável; (2) se a ação paternalista provavelmente for evitar o dano; (3) se os benefícios esperados da ação paternalista suplantarem os riscos para o paciente e (4) se a alternativa adotada, que assegure os benefícios e reduza os riscos, for a que menos restrinja a autonomia. Diante disso, Beauchamp e Childress concluem que uma intervenção do tipo paternalista exige pessoas com um bom julgamento, bem como pessoas com princípios bem desenvolvidos, capazes de enfrentar conflitos contingentes.<sup>208</sup> Caso contrário, pode-se facilmente cometer um erro. Em suma, pode ser observado que a beneficência quanto a não-maleficência oferecem algum apoio ao paternalismo sob a condição de que este não venha a fazer/provocar intervenções não-benéficas ao paciente. Somente assim, pode ser justificado qualquer tipo de paternalismo.

### 2.6.9 Ponderando benefícios, custos e riscos

Beauchamp e Childress, após terem tratado do princípio da beneficência na medicina clínica, apresentam as escolhas racionais que são tomadas sobre os benefícios apropriados em relação aos custos e riscos por meio de uma análise formal, quantitativa, destacando a relação custo-benefício e risco-benefício.<sup>209</sup>

Entendem que os custos “são os recursos necessários para se realizar um benefício, e também os efeitos negativos da busca e da realização desses benefícios.”<sup>210</sup> Assim, o benefício é tanto a redução de custos e de riscos, quanto algo que tenha um valor positivo (a vida e a saúde, por exemplo). Por outro lado, os autores entendem a

---

<sup>208</sup> Casos em que tanto o paternalismo fraco quanto o paternalismo forte podem se fazer presentes e de difícil solução, são os casos das intervenções relacionadas a suicídios. “Se o suicídio é um direito moral a ser protegido, então o Estado e outros indivíduos, como os profissionais da área da saúde, não têm razões legítimas para intervir em tentativas autônomas de suicídio. Contudo, caso aceitemos um direito de autonomia, então o suicida imprudente, que desejaria viver, em circunstâncias mais favoráveis, não poderia ser legitimamente impedido de cometer suicídio” BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.217.

<sup>209</sup> “As relações risco-benefício devem ser concebidas em termos de uma relação entre a probabilidade e a magnitude de um benefício previsto e a probabilidade e a magnitude de um dano previsto.” *Ibidem*, p.222.

<sup>210</sup> *Ibidem*, p.221.

determinação dos riscos tanto de modo descritivo, quanto valorativo.<sup>211</sup> Pois o risco é descritivo quando há a probabilidade de possíveis (danos) ao paciente e é valorativo quando há a prevenção de acontecimentos nocivos. De qualquer modo, o risco sempre tem uma conotação de *probabilidade*.

Agora, quanto às análises do custo-benefício e do custo-eficácia, ambos “visam identificar, medir, comparar e avaliar, em termos quantitativos, todos os custos e as consequências relevantes das políticas, dos programas e das tecnologias.”<sup>212</sup> Contudo, diferenciam em. “[...] análise custo-benefício, os benefícios e os custos são medidos em termos monetários. Na análise custo-eficácia, os benefícios são medidos em termos não-monetários, por exemplo, em anos de vida.”<sup>213</sup>

Para Beauchamp e Childress, a avaliação dos riscos é outra importante técnica de análise que é preciso ser considerada antes de oferecer uma avaliação global da análise custo-benefício. Afinal, o risco está diretamente relacionado com a probabilidade da ocorrência de danos – os resultados poderão ser negativos. Entretanto, o risco deve ser distinguido da incerteza: “o *risco* se refere à probabilidade e à magnitude de um prejuízo a certos interesses. A *incerteza*, em contrapartida, refere-se a uma carência de previsibilidade ou de conhecimento em virtude de evidências insuficientes.”<sup>214</sup> Porém, tanto a avaliação quanto a aplicação dos riscos estão envoltas em incertezas.

Em uma análise de risco-benefício na regulamentação de drogas e de recursos médicos, Beauchamp e Childress dirão que o acesso às drogas experimentais ou procedimentos médicos novos somente podem ser justificados mediante condições médicas sérias em que a vida esteja ameaça – somente nessas circunstâncias o risco-benefício é apropriado. Concluem, então, que:

[...] é moralmente legítimo e, com frequência, obrigatório que a sociedade aja de modo beneficente por meio do governo e de suas agências para proteger os cidadãos contra drogas e produtos médicos nocivos ou cuja segurança e eficácia ainda não foram comprovadas. [...] Em segundo lugar, não há avaliação ou análises risco

---

<sup>211</sup> “Existem vários tipos de riscos: riscos físicos, psicológicos, financeiros e legais, entre outros.” *Ibidem*, p.222.

<sup>212</sup> *Ibidem*, p.222.

<sup>213</sup> *Ibidem*, p.222.

<sup>214</sup> *Ibidem*, p.224.

benefício isentas de valores.<sup>215</sup>

Assim, o valor da vida, bem como a qualidade de vida, estão em jogo nas controvérsias acerca dos riscos e qualquer ação desse tipo envolve um tipo de paternalismo.

### 2.6.10 Do valor e da qualidade de vida

Quando se discute o valor e a qualidade da vida, no que concerne à atribuição de valores à vida, dois métodos são vislumbrados. Para Beauchamp e Childress o primeiro método para a atribuição de um valor à vida parte de uma abordagem dos rendimentos (econômicos) ou do capital humano. Aqui, “o valor da vida pode ser calculado considerando-se quanto se poderia esperar que as pessoas que corram o risco de ter uma doença ou de sofrer um acidente ganhariam caso vivessem.”<sup>216</sup> É o cálculo que empresas que vendem seguros de vida fazem. Dessa forma, as pessoas adquirem um valor monetário, seja ele bom para a sociedade ou não; dignas de receber atendimento adequado (qualificado) ou não. Nesse método são cotadas por uma quantia de dinheiro que poderia suprir seus problemas futuros, sendo que é feita uma média dos custos de cada doença. Uma segunda abordagem consideraria o quanto os indivíduos estariam dispostos a pagar para reduzir os riscos de morte. Ambos os métodos partem de uma análise custo-benefício<sup>217</sup>. Essa analogia tenta ilustrar como podemos valorar a vida humana. Um dos métodos vai pelo caminho de ver qual é o valor e de como essa análise pode conseguir justificar certos tratamentos o outro método tenta compreender e valorar qual será a qualidade de vida que a pessoa terá e o que pode esperar. É a relação quantidade/qualidade de vida.

Beauchamp e Childress, olhando para a questão moral da atribuição de valores à vida, poderiam sustentar que as obrigações de beneficência não exigem que os indivíduos ou a sociedade façam tudo o

---

<sup>215</sup> *Ibidem*, p.227.

<sup>216</sup> *Ibidem*, p.228.

<sup>217</sup> Autores deontológicos são céticos em relação a essas abordagens, pois sustentam como Kant, que as pessoas têm dignidade, e não um preço. Esses autores resistem a ideia da instrumentalização e valoração econômica dos seres humanos. Caso isso aconteça, certamente serviriam aos outros sempre como meios e nunca como fins.

que for possível, independentemente dos custos, para reduzir as ameaças à vida humana. Contudo, nem sempre é necessário que se atribua à vida humana um valor monetário para propósitos de políticas de saúde. Contudo, concluem que atualmente é difícil desvincular essa discussão nos casos biomédicos.

Aqui, ressaltar-se os fatores qualitativos; e não monetários. Afirmam, enfim, que a avaliação na atribuição de valores à vida pode partir, sim, do ganho em anos de vida com qualidade – análise custo-eficácia, mas não ficar presos a essa forma de raciocínio. Para se compreender isso melhor, vale a pena analisar como os autores entendem a promoção da vida pela qualidade que essa possa vir a ter.

### 2.6.11 Valorizando os critérios da qualidade de vida – (QALYs)

Utilizando-se de um recurso e método interessante para quantificar e qualificar a vida de um paciente, Beauchamp e Childress trataram da valorização da qualidade de vida ou QALYs (*Quality Adjusted Life Years*). A ideia básica é de que além de salvar vidas deve-se também proporcionar a pessoa que sofre uma intervenção uma qualidade de vida. Para tanto é necessário ter algum esquema que possa refletir isso de maneira imparcial, proporcionando um modelo que mostre como isso pode ser analisado.

O indivíduo que foi submetido a um tratamento médico, deve ter ajustado os benefícios que resultam disso, ou seja, a quantidade e a qualidade de vida que decorreram do tratamento médico. Um papel importante desempenhado pelo QALYs liga-se a determinação dos benefícios que a pessoa irá usufruir. Assim:

A noção QALYs representa um equilíbrio entre qualidade e a quantidade de vida, e, portanto, pode ser usada para medir a eficácia final das atividades ou dos programas de saúde. Essa noção representa uma tentativa de unir duas dimensões, *duração* da vida e *qualidade* de vida, num único esquema de avaliação.<sup>218</sup>

Sendo assim, a meta de um tratamento de reabilitação, por

---

<sup>218</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.231.

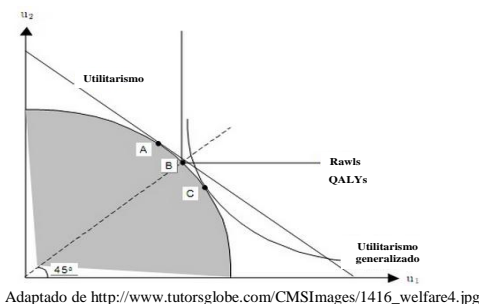
exemplo, mediante a noção QALYs, tem que melhorar a qualidade de vida relativa à saúde e a quantidade de tempo dessa vida, de modo a tirar um denominador comum. Os custos financeiros são um fator que tem um peso nessas escolhas. Assim, deve conseguir construir uma tabela que tire o melhor para cada um dos lados, tanto da quantidade como da qualidade.<sup>219</sup> Isso se coadunaria com a ideia de um *maximin*, tirando o máximo do mínimo, onde mesmo no pior dos esquemas, no pior dos cálculos, ainda o paciente estaria em melhores condições do que nas análises que não se utilizam desse recurso. A seguinte figura pode ilustrar como se poderia entender a ideia do cálculo da QALYs, de maneira intuitiva.<sup>220</sup>

---

<sup>219</sup> Existe ainda outro conceito utilizado como meio médico para se medir a qualidade de vida do paciente, contudo este método não será objeto de análise aqui, apenas cita-se que o DALYs (*Disability Adjusted Life Years*) é um método também utilizado. “Em síntese, o DALYs tem se consolidado como um indicador sintético de saúde que resume e permite comparar os impactos e riscos (mortais e não mortais) entre comunidades mediante estudos de casos de enfermidades. O QALYs cumpre hoje um papel essencial como medida de resultado nos estudos de valoração econômica (análises de custo efetividade e custo utilidade).” Conferir: ALVIS, Nelson; VALENZUELA, María Teresa. Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. **Revista médica de Chile**, Santiago, 2014.

Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010001000005&lang=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001000005&lang=pt)>. Acessado em 27 de Dezembro de 2013.

<sup>220</sup> O gráfico trata da relação entre utilidade e eficiência, que está envolvida em escolhas políticas entre diferentes formas de alocação de recursos. No caso, a área em cinza demarcada pelo arco representa o nível máximo de eficiência na distribuição de recursos, no qual atinge-se o maior nível de bem-estar. Os eixos “u1” e “u2” representam dois indivíduos com preferências diferentes. Quando aumenta o nível de bem-estar (ou de utilidade) usufruída por cada um dos indivíduos, dentro da linha do arco, diminui o nível de bem-estar do outro indivíduo. Assim, somente é possível que os dois indivíduos tenham níveis de bem-estar iguais caso tenham preferências iguais. Considerando essa hipótese, chegar-se-ia a linha pontilhada de 45°, ou seja, ao “Ótimo de Pareto” ou ao sistema que aparentemente Rawls defenderia, pois trata-se de uma situação onde não é possível aumentar o nível de bem-estar de um dos indivíduos sem diminuir o do outro. Seria uma função constante e a melhor das expectativas seria preservada, pois se equilibraria o custo e benefício.



O que se torna contundente nessa noção é o modo como se determinará a qualidade de vida. Segundo os autores, e essa é uma crítica forte ao modelo do QALYs, é insuficiente medir a qualidade de vida de um paciente baseando-se em elementos do que se considera ser uma boa vida, ou ainda, por exemplo: ausência de dor.<sup>221</sup> Sugerem, então, uma análise pelas condições negativas que impedem a realização de planos de vida como forma de determinar a qualidade de vida, ou positivas<sup>222</sup> - uma análise do tipo custo-eficácia. No processo decisório, as *técnicas formais* (custo-eficácia, custo-benefício e risco-benefício) funcionam como instrumentos de auxílio para os métodos de decisão, enquanto que as *técnicas analíticas* prendem-se, por demais, a valores quantificáveis. Tais técnicas são aceitáveis e, com frequência, úteis, desde que se reconheçam suas limitações, especialmente os que são impostos pelo respeito à autonomia e principalmente pela justiça.

Em suma, o QALYs captura, de forma simples um algoritmo numérico que estabelece um mínimo de consensos, procurando determinar os ganhos em qualidade de vida (fornecidos através de uma “definição de saúde” que leva em conta critérios como as funções físicas/mobilidade, psicológicas/emocionais, sensitivas, cognitivas, dor e

<sup>221</sup> O *crux* do método QALYs, para alguns autores como Beauchamp e Childress e Erik Nord, mas principalmente Luis Prieto, Sacristán, José A, Duncan Mortimer, Leonie Segal, entre outros, é que o QALYs não tem um método muito sofisticado de analisar as preferências do paciente e de suas possíveis variantes. O QALYs segundo seus críticos leva a um cálculo quase-utilitarista, definindo quem deveria ou não receber tratamento, incorrendo nesses casos numa decisão não muito ponderada.

<sup>222</sup> Essas condições negativas e positivas proporcionam o conteúdo necessário para a noção da qualidade de vida relativa à saúde. Isso possibilita por parte de pesquisadores e políticos na área da saúde, prever e estimar como poderiam implementar recursos e alocar dinheiro para a continuidade de programas de saúde.

cuidados pessoais. A maior parte da comunidade envolvida em fazer esse cálculo, procura levar e ponderar a questão da alocação de recursos. Em geral, aceitam que o QALYs não deve somente levar em consideração os elementos técnicos, mas considerando também os elementos da quantidade e, principalmente da qualidade de vida relacionada aos custos e efetividades do tratamento. Mas mesmo assim, esse modelo ainda é o mais utilizado e, ao fim e ao cabo é utilizado como um intermediário comum nos programas de saúde, ainda mais quando se debate as ideias que envolvem a questão da justiça. É interessante assim, passar a analisar o que seria a justiça e como tal conceito é compreendida no princípalismo.

## 2.7 JUSTIÇA

As questões sobre a justiça têm uma longa história que remonta aos tempos clássicos da filosofia. Grandes pensadores como Sócrates, Platão e Aristóteles não se furtaram a fazer alguns comentários e considerações sobre esse tema. Platão foi o primeiro a falar sobre a justiça, e desenvolveu esse tema em sua obra *A República* como também Aristóteles o fez em sua *Ética a Nicômaco*, principalmente no livro V. A definição sobre o que é e sobre como deve ser aplicada a justiça não é consensual e muito menos trivial.<sup>223</sup> Questões envolvendo esse tema levam a várias interpretações. Contudo, como a discussão dessa dissertação gira em torno da ética aplicada, entendida como a análise de casos na área biomédica, vale a pena restringir um pouco o escopo teórico dessa disputa, não indo além do necessário para essa discussão, pois caso contrário se torna necessário sistematizar isso numa teoria da justiça, o que não seria prudente para os fins que aqui se debatem. Beauchamp e Childress sabem da importância desse tema e de seus problemas. O conceito de justiça é complexo e quase impossível de se amalgamar em acordos plenos, pois existem múltiplas visões e diferentes ideias teóricas que são defendidas dentro dessa mesma conceituação denominada justiça.

---

<sup>223</sup> Martha Nussbaum, afirma que as discussões sobre o tema da justiça, para serem frutíferas, devem fazer uma “[...] distinção entre o domínio da natureza, ou sorte, e o domínio da justiça, ou arranjos sociais melhores.” O justo seria então uma mistura de obrigações com demandas sociais. NUSSBAUM, Martha. *Genética e Justiça: tratando a doença, respeitando a diferença*. **Impulso**, Piracicaba, v.15, n.36, p.25-34, jan./abr, 2004, p.26.



Nessa acepção generalista que ao fim e ao cabo somente leva a mais confusão, os dois bioeticistas vão se afastar e vão se aproximar da ideia de uma justiça distributiva dentro do quadro teórico restrito as discussões da área da saúde.<sup>224</sup> Segundo os dois bioeticistas: “A expressão justiça distributiva refere-se a uma distribuição justa, equitativa e apropriada no interior da sociedade, determinada por normas justificadas que estruturam os termos da cooperação social.”<sup>225</sup> Essa concepção parece entrar em conflito quando se encontra com a discussão da escassez de recursos. A pergunta que se coloca nesse ponto seria: como uma sociedade decente pode deixar indivíduos sem acesso a necessidades básicas e indispensáveis para continuarem vivos? Entra em cena neste tipo de embate o que se tem de vantagens e o que se tem de desvantagens em cada caso, para isso é necessário uma conceituação do que seja a justiça no caso da saúde. O meio usado para se chegar a melhor conclusão em casos difíceis é a ponderação, ou seja, verificar o melhor a se fazer em cada caso, utilizando-se da ideia de como podem ser equilibrados os diferentes pontos de vista.

Os autores são cientes da dificuldade quando se discutem critérios de justiça, e sabem que não existe um único princípio de justiça que poderia resolver todos os casos de maneira absoluta, assim propõem duas formas de se compreender esse princípio: “Não existe um princípio único que possa resolver todos os problemas de justiça. Muitos princípios de justiça indiscutivelmente aceitam a ideia do mérito. Um desses princípios é *formal*, os outros são *materiais*.”<sup>226</sup> Mas qual é esse princípio formal e quais as outras formulações dos princípios em suas

---

<sup>224</sup> Um dos mais importantes teóricos do enfoque da justiça (entendendo-se justiça como equidade) na área da saúde é Norman Daniels. Livros importantes para essa discussão são: DANIELS, N. **Just Health Care**. Cambridge: Cambridge University Press, 1985. DANIELS, Norman. **Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

<sup>225</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.241. Ideia inspirada na concepção rawlsiana de justiça: “O objeto primeiro dos princípios da justiça social é a estrutura básica da sociedade, a organização das principais instituições sociais em um esquema único de cooperação.” RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 2008, p.65. A ideia básica que se apresenta aqui é da sociedade como um sistema equitativo de cooperação entre pessoas livres e iguais, que é sinônimo de uma sociedade justa.

<sup>226</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.241.

formulações materiais?

De maneira geral, pode-se descrever o princípio da justiça formal, que é atribuído a Aristóteles, da seguinte forma: iguais devem ser tratados igualmente e os desiguais devem ser tratados desigualmente. Segundo os dois autores, esse princípio também é conhecido como “princípio da igualdade formal” e é entendido de maneira “formal” justamente por não estabelecer quais as circunstâncias específicas e de que maneira pessoas iguais seriam tratadas como iguais. Além de que não disponibiliza qualquer critério para julgar se duas ou mais pessoas são de fato iguais. Como pode ser observado, essa formulação não leva em consideração muitos aspectos que pareceriam ser relevantes, tendo como máxima a função de se tratar igualmente o seu igual. O problema desse tipo de análise reside em como definir e saber quando se trata de um caso similar no qual possa ser aplicada a igualdade formal. Quem define quais os conteúdos dessa igualdade? Justamente por não fornecer uma gramática substantiva, o princípio se torna amplo e ao mesmo tempo vago. Em sua aplicação esse princípio da igualdade formal pode parecer injusto em muitas situações. Caso não se aplique o princípio da proporcionalidade nessas situações, o princípio da igualdade formal torna-se flagrantemente injusto. Um exemplo pode ser feito para ilustrar essa situação: imagine um cidadão devotado a querer realizar todas as suas capacidades e vontades hedonistas, tendo capital e tempo suficiente para realizar todas as suas fantasias. Tal indivíduo, investe todas as suas energias e riquezas em se tornar realizado, todas as suas preferências devem ser alcançadas, seja pela comida, bebida, sexo, jogatina, além dos vícios de caráter provindos duma vida desregrada. O cidadão assim descrito passa trinta longos e agradáveis anos a se dedicar ao seu ofício voluptuoso, mas ao fim e ao cabo desenvolve uma doença grave no fígado decorrente de sua vida nada cristã. Necessita de um transplante de fígado, mas tem recursos financeiros abundantes e na hipótese de haver uma fila de espera para ser transplantado consegue furá-la, obtém o benefício através de propinas, pois tem dinheiro suficiente para resolver o seu problema. No outro lado dessa mesma história, há o cidadão com a mesma idade, sexo, devotado aos mesmos prazeres do primeiro indivíduo, porém este não possui a riqueza. Neste caso, excetuando a riqueza, são idênticos. Aplicando o princípio formal, são iguais ou diferentes? Diferentes somente pela renda? Se esse critério é absoluto, como se pode afirmar que é um igual, qual é o critério a ser adotado? A proporcionalidade tentaria corrigir isso pela análise de verificar quem teria mais chances de viver (ao estilo da análise QALYs) e não pela simples capacidade de um deles poder comprar o órgão do

qual necessita para continuar a viver. A proporcionalidade ofereceria uma adequação, uma ponderação ou meio termo para ser mais justo, funcionando como uma especificação e ponderação. Como conclusão nota-se que apelando para a proporcionalidade, necessariamente se comprometer com outro tipo de justificação, que é a material.

A justiça material se baseia numa pluralidade de concepções, que podem se apresentar como rivais. Uma concepção que se faz forte nesse ponto é a ideia de que a distribuição baseada na necessidade é justa. Essa perspectiva leva a discussão ao nível de qual justiça material seria a mais viável e correta na escolha de políticas públicas, visando a distribuição de recursos médicos. As seguintes propostas são elencadas sobre qual princípio de justiça material distributiva seria o melhor: “1. A todas as pessoas uma parte igual; 2. A cada um de acordo com sua necessidade; 3. A cada um de acordo com seu esforço; 4. A cada um de acordo sua contribuição; 5. A cada um de acordo com seu merecimento; 6. A cada um de acordo com as trocas do livre mercado.”<sup>227</sup> A descrição assim feita das concepções materiais de justiça distributiva, afirmam os autores, pode ser endossada por uma teoria que pode vir a aceitar os seis tipos de justiça dentro de seus escopo teórico. Uma tese moral plausível pode aceitar que cada uma dessas formas são identificadas como *prima facie* válidas, pelo qual o peso de cada uma dessas ideias não pode ser avaliada independentemente da situação ou escopo teórico particular nas quais são especificamente aplicáveis. Fazendo uma especificação em cada uma dessas situações pode-se estabelecer a relevância desses princípios para locais nos quais de saída não haveria sido julgadas como aplicáveis.

A principal tese é que estes princípios materiais poderiam jogar luz nas discussões envolvendo políticas públicas, o que nos princípios anteriores não foi possível estabelecer. Por excelência, o debate sobre a justiça leva a se tocar num ponto frágil de toda a ética, pois se coloca a questão da primazia do *correto* sobre o *bom* ou do *justo* sobre o *bem*. Como mencionado acima, todos os seis tipos de justiça arrolados, são aceitos *prima facie* dentro da teoria principialista. Contudo, isso cria uma gigantesca disputa de qual formulação da justiça material seria a mais viável ou qual deveria ser o critério de justiça a ser privilegiado num determinado caso. Este conflito que ocorre entre os princípios da justiça, “[...] cria um sério problema de prioridade, e constituem também um desafio para um sistema moral que tem por objetivo um esquema de

---

<sup>227</sup> *Ibidem*, p.243. Note que os cinco pressupostos da justiça são iguais os que foram comentados no Relatório Belmont.

princípios coerente. Tais conflitos indicam a necessidade tanto da especificação como da ponderação.<sup>228</sup>

A especificação como a ponderação são os métodos por excelência do principialismo utilizado nos quatro princípios. Porém, esse também é um de seus problemas, pois a operação de especificar e ponderar não é tarefa fácil e muito menos, teoricamente falando, simples. A proposta de procurar uma teoria que possa coerentemente explicar e fornecer um conjunto de padrões éticos claros e simples para que se possa realizar assim uma escolha ética vai se complicando a medida que se compreende a teoria. Pois quando se avança na teoria, a promessa de simplicidade é perdida e substituída a cada passo pela assimilação de novas regras e normas, seja utilizando-se tanto da especificação quanto da ponderação que criam esses novos mecanismos produzidos para contornar uma situação complicada (*hard case*).

Os quatro princípios dão a impressão de uma teoria simples e elegante.<sup>229</sup> Contudo, quando se começa a trabalhar com os princípios nota-se a dificuldade e as exigências teóricas que a teoria exige da pessoa que quer utilizá-lo como modelo bioético de decisão. Não somente no princípio da justiça ocorrem esses problemas do inflacionamento teórico, mas principalmente neste princípio se tornam mais evidentes estes problemas, pois não parece ser tarefa simples manter a coerência e plausibilidade da teoria principialista pretendendo reunir as várias formulações da justiça distributiva material num princípio geral como os autores acreditam ser possível. Não pretende-se com isso acabar com a discussão e os dois autores tem consciência disso, pois não são ingênuos ao ponto de acreditarem numa solução única e simples para casos bioéticos. Os dois bioeticistas crêm ser

---

<sup>228</sup> *Ibidem*, p.243.

<sup>229</sup> Ao estilo do velho princípio da parcimônia ou também conhecido como a navalha de Ockham, parece que a teoria principialista aumenta ao invés de diminuir os pressupostos, o que ocasiona uma dificuldade a mais. Guilherme de Ockham (1298-1349) é um dos fundadores da epistemologia científica, e tem como enunciado: “Não multiplique as coisas desnecessariamente (*Entia non sunt multiplicanda praeter necessitatem*). O modelo dos quatro princípios pode ser visto como excessivamente comprometido com muitos pressupostos, sendo que é possível diminuí-lo, colocando a não-maleficência novamente dentro da beneficência. Porém, essa não parece ser uma decisão prudente. Contudo, quando começasse a analisar os princípios *prima facie* e derivar deles novas regras, pessoas distintas podem derivar regras distintas. Nesse aspecto a teoria se mostra complexa, pois aumenta desnecessariamente as regras, ao invés de diminuí-las.

importante nos debates sobre a questão da justiça relevar as várias facetas que existem na discussão sobre a justiça, tanto do modelo liberal, comunitarista, igualitarismo e o utilitarismo. Faz-se um inventário teórico das várias ideias de justiça material e tenta-se retirar o que cada uma tem de melhor. Porém, como já foi observado algumas vezes, isso pode levar a dúvidas de qual característica deveria ser privilegiada na aplicação do princípio, levando a certo indeterminismo, ficando ao critério de cada um como decidir o caso intuitivamente.

Sendo assim, é importante levar em conta aqui, que na área da saúde é necessário reconhecer uma obrigatório a um *mínimo digno*<sup>230</sup> de assistência a saúde. Essa ideia foi explorada por Norman Daniels em vários artigos e livros publicados por ele. Daniels se filia a uma concepção normativa abstrata sobre a discussão da justiça, sendo as vezes acusado de estar distante demais da realidade.<sup>231</sup> Contudo, a teoria que melhor desenvolveu a discussão sobre a justiça e bens associados a saúde é apresentada por Daniels. Na sua teoria, ele busca essencialmente duas coisas: i) a assistência à saúde como um bem social especial e como se relaciona com outros bens e ii) desenvolver uma teoria que possa oferecer uma base para se distinguir entre os cuidados de saúde que são os mais importantes e necessários. Tudo isso deriva da ideia de o indivíduo ter a *igualdade de oportunidade* como elemento fundamental para se realizar no mundo, sendo que a ideia de justiça desempenha aqui um papel central.

Daniels propõe um nível básico de bens que devem ser garantidos para a promoção da saúde (pois um indivíduo doente não

---

<sup>230</sup> Essa discussão remete a John Rawls, sobre o mínimo decente. Qual seria o nível razoável a ser fixado para o mínimo social? Conferir: RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 2008, p.355.

<sup>231</sup> Uma das críticas mais comuns ao tipo de trabalho normativo sobre a justiça relacionado ao tema da saúde é relativo as suas reais possibilidades de implementação na realidade. Teóricos como Amartya Sen chamam essa postura de institucionalismo transcendental contraposto a comparações focadas em realizações. Segundo Sen, “Uma abordagem transcendental não pode, por si só, responder a perguntas sobre como promover a justiça e comparar as propostas alternativas para ter uma sociedade mais justa, a não ser propor utopicamente dar um salto para imaginar um mundo perfeitamente justo.” SEN, Amartya. **A ideia de justiça**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, p.127. Acusações dessa natureza (utópica) podem ser feitas a John Rawls e a Norman Daniels. Contudo, resta saber se tais trabalhos querem realizar diretamente tal tarefa no mundo ou somente são propostas normativas a serem um dia, que sabe, alcançadas.

conseguiria produzir bens necessários para o desenvolvimento da sociedade cooperativa a longo prazo, estando doente, as suas habilidades e capacidades estariam diminuídas ou mesmo anuladas), assim deve-se aumentar os funcionamentos do indivíduo ao longo de sua vida.<sup>232</sup> Dessa maneira, Daniels estabelece quatro condições: “1. Nutrição adequada, abrigo; 2. condições de trabalho, moradia com saneamento básico, seguras e não poluídas 3. exercitar-se, descanso e fontes diversas de estilo de vida; 4. diversos serviços não-médicos sociais e pessoais de suporte.”<sup>233</sup> Essa lista não pretende ser exaustiva, porém coloca serviços mínimos sociais que devem ser garantidos na área da saúde para se ter uma vida digna e com justiça distributiva mínima, possibilitando que o indivíduo assim compreendido numa sociedade cooperativa possa criar e recriar a sua condição de vida saudavelmente. Norman Daniels sofreu duras críticas por não levar em consideração casos que ultrapassam os níveis básicos. As ideias baseadas num mínimo decente não levam em conta outras questões:

[...] parece haver um certo grau de convergência entre diferentes teorias da justiça que permite falar de um “mínimo decente”. Trata-se de certo tipo de acordo social que obriga o Estado a garantir alguns níveis elementares de assistência de saúde a toda a população, uma vez que não seria justo negligenciar certas necessidades primárias de saúde dos cidadãos. Observe-se que esse princípio de justiça da bioética pode levar, em alguns casos, a negar o financiamento público a certos tratamentos especialmente custosos para os

---

<sup>232</sup> “Contra as objeções de que o discurso sobre necessidades é vago, que existiriam “necessidades” extravagantes para alguns indivíduos, que não é possível comparar necessidades etc., Daniels distingue necessidades-ao-longo-da-vida (por exemplo, comida, abrigo etc.) de necessidades-acidentais (*adventitious*), contingentes, relativas a certos momentos ou projetos de vida (1985, p.26). As primeiras devem ser satisfeitas para que as pessoas possam funcionar como membros naturais/normais da espécie humana enquanto animais sociais. As necessidades dos cuidados de saúde são do primeiro tipo. A não satisfação dessas necessidades impede a “igualdade de oportunidades” na realização dos “planos de vida” das pessoas, noções fundamentais dos princípios de justiça de Rawls [...]. Por isso, a saúde é um bem social muito especial.” DALL’AGNOL, Darlei. Equilíbrio reflexivo na bioética. **Dissertatio**, Pelotas, n.34, p.135-159, 2011, p.147.

<sup>233</sup> DANIELS, Norman. **Just Health Care**. Cambridge: Cambridge University Press, 1985, p.32.

pacientes que deles necessitam, especialmente quando a vida da pessoa não está em perigo ou quando não se possuem garantias suficientes em relação à possível eficácia de tais tratamentos, pois a prioridade dos gastos públicos com saúde, o bem interno dessa distribuição econômica, não pode ser outro senão a garantia do mínimo decente para todas as pessoas.<sup>234</sup>

Com essa perspectiva, a ideia de se pressupor um mínimo decente ou digno, não é impor uma visão totalizante ou mesmo propor uma solução igualitária e universal a qual todos teriam um tratamento igual e acessível a qualquer momento, pois como se discutiu acima no princípio da não-maleficência, deve-se ter sempre presente as ideias de *tratamentos extraordinários* e *comuns*, pois facilmente pode ocorrer a demande de um tratamento médico que ultrapassam em demasia a possibilidade de garantir a todos um acesso razoável e igualitário a recursos que são escassos naturalmente. Por isso, é importante ter claro que os critérios de uma lista básica de bens não é algo complexo. Devem ser incluídos bens que possibilitem a todas as pessoas um mínimo de decência e humanidade, o desenvolvimento das suas potencialidades, proporcionando a igualdade de oportunidade, um dos pilares de sustentação da justiça liberal, para que esta seja respeitada e garantida. Assim, todos teriam a chance de aumentar as suas capacidades e habilidades na execução de sua própria vida, possibilitando tornarem-se mais justas, livres e felizes.

Desta forma e para concluir esse capítulo, foi possível verificar como o princípalismo, de um modo geral, se estrutura e de como cada um dos princípios incorporam-se nessa teoria bioética. Contudo, falta ainda, analisar a questão da independência e prioridade da não-maleficência especificamente. É a isso que o último capítulo dessa dissertação passará a discutir.

---

<sup>234</sup> CORTINA, Adela; MARTÍNEZ NAVARRO, Emilio. *Ética*. São Paulo: Editora Loyola, 2010, p.161.





### 3 SOBRE A INDEPENDÊNCIA E A PRIORIDADE DO PRINCÍPIO DA NÃO-MALEFICÊNCIA

Nesse capítulo é importante deixar claro a origem da discussão sobre o princípio da não-maleficência e rever as ideias ligadas a independência e a prioridade da não-maleficência.<sup>235</sup> Sabe-se que a medicina tanto quanto a ideia da não-maleficência tem seus pressupostos éticos constituídos desde os gregos. Hipócrates, estabeleceu algumas condições que os médicos deveriam procurar seguir, o chamado juramento hipocrático.<sup>236</sup> Atualmente existem tanto autores que defendem a tradição hipocrática como os que a criticam

---

<sup>235</sup> A ideia subjacente por trás de todas as discussões bioéticas parece ser a seguinte: a bioética toma para si o papel de fornecer uma lista que contenha valores universais que devem ser aceitos por todos. A ideia de se ter uma lista é que deve ser primeiramente questionada. Poder-se-ia falar em uma moralidade comum ou sobre a defesa de bens absolutos neste ponto. Isso leva consequentemente a uma pressuposição de fundo que prioriza a defesa de algum bem, ideia que vai na contramão de abordagens que defendem que, antes de tudo, dever-se-ia privilegiar direitos. É a disputa entre ética e política. Pressupor bens absolutos não se coaduna com uma sociedade liberal e pluralista justamente por formar uma concepção prévia do que seja uma vida boa. Essa pesquisa poderia continuar buscando compreender como isso poderia ser atenuado, mas não há espaço para isso nesse momento. Mas a questão de fundo seria essa: de quem seria a prioridade, haveria uma prioridade do justo em relação ao bem, ou há uma prioridade do bem em relação ao justo? Exposto dessa maneira, o problema da prioridade da não-maleficência seria visto como uma questão de uma prioridade de um bem sobre outro bem, ou mesmo de um bem em relação ao justo. E parece adquirir aqui a sua prioridade justamente por prevenir que um mal seja causado. Não causar a morte é prioritariamente mais importante do que salvar alguém, ou seja, de ser beneficente com alguém ou mesmo de ser justo. Além de que não causar dano à alguém pode adquirir um *status* de direito, que a beneficência por si só não pode querer exigir para si.

<sup>236</sup> Ainda é uma praxe muito comum nos cursos de medicina no Brasil o uso do juramento hipocrático quando os alunos se formam. Além disso, existe um movimento pendular quanto aos escritos e ensinamentos do médico grego vivo a 2500 anos atrás. Assim: “O retorno sucessivo a Hipócrates não se dá por nostalgia de reviver suas obras, mas porque ele resume o “fazer” da arte médica. É isso que torna esta coleção única e justifica seu enquadramento no seletivo grupo dos clássicos.” ROSENBAUM, Paulo. **Hipócrates (460 a.e.c. - 370 a.e.c):** Medicina que convém a cada um. In: Brasiliana: Cidade universitária: São Paulo, USP. Disponível em: <<http://www.brasiliana.usp.br/pt-br/node/1103>> Acessado em 03 de Fevereiro de 2014.

severamente. Assim, formou-se certo consenso médico, que se arraigou profundamente nessa área, de caráter hipocrático, que defende a ideia de que “[...] a ética médica possui uma certa autonomia com respeito a qualquer ética que lhe seja externa. Os médicos formariam uma comunidade moral à parte.”<sup>237</sup> Essa moral à parte, ou seja, a moral hipocrática, têm como um de seus pilares a ideia do *Primum non nocere*. É interessante verificar e discutir essa concepção de uma moral à parte, pois defende-se aqui que o que permite a bioética a se manter viva é justamente a sua característica de proporcionar um fundamento comum, que se pressupõe pela moralidade comum, que transcenda um grupo restrito no tempo ou no espaço.

A questão assim posta é verificar como essa “moral à parte”, hipocrática, pode se relacionar com a moralidade comum e como isso poderia ajudar a demonstrar a independência e a prioridade da não-maleficência frente outros princípios. Esse princípio, pela sua própria natureza parecer ser mais exigente do que os outros princípios, justamente por ter a obrigatoriedade cronológica de primeiramente não se fazer uma ação prejudicial ou danosa aos outros do que ter que beneficiá-los primeiramente. Com isso, a ideia geral é defender uma prioridade e a independência da não-maleficência. Deve-se deixar claro que não se defende uma unicidade desse princípio. Pois claro está, que a não-maleficência não valeria e funcionaria isoladamente para todo o sempre. Outros princípios são necessários, contudo procura-se investigar principalmente se há ou não uma prioridade e de como poderia ser defendida essa ideia. De saída, não há possibilidade de se colocar um único princípio como sendo *o único princípio*, pois uma ideia como esta seria vista como contraproducente e dogmática na bioética ou em qualquer teoria ética. Antes de avançar na discussão, contudo, é importante deixar claro como poderia ser compreendida a ideia da “moral à parte” (hipocrática) e a moralidade comum e investigar qual seriam os desdobramentos de cada uma dessas perspectivas éticas.

Ligado a discussão de uma moral à parte e as especificidades da ética médica vale a pena esclarecer um ponto. Azevedo em seu livro *Bioética Fundamental*, cita Leon Kass como um dos autores que defende o hipocratismo na atualidade. Essa defesa se dá nos termos de que a medicina dos antigos (hipocrática) era correta e ainda é. Kass ainda argumenta que a prática médica possui uma finalidade inerente, que é impossível de ser relativizada, ligado a ideia da busca do bem do

---

<sup>237</sup> AZEVEDO, Marcos Antonio de Oliveira. **Bioética fundamental**. Porto Alegre: Tomo editorial, 2002, p.60.

paciente e de não causar-lhe um dano.<sup>238</sup> Por outro lado, um opositor e crítico dessa concepção seria Robert Veatch. Como crítico dessa perspectiva hipocrática, Veatch defende que a medicina e a ética médica deveriam se basear no respeito a um contrato social básico, que não contenham ou contemplem apenas os membros de uma determinada profissão, mas que integre uma comunidade moral mais ampla. Essa ideia leva a perspectiva da pressuposição de uma moralidade comum. Para esse autor, respeitar um contrato social básico levaria a se compreender a ética médica “[...] como parte de uma ética universal mais ampla, que não dicotomiza a moral e a ciência, nem torna a ética da medicina dependente unicamente dos critérios, interesses e costumes internos e específicos ao seu grupo profissional.”<sup>239</sup> Para esse autor, compreender a moralidade como ligada a uma profissão levaria a problemas que não seriam mais da alçada da ética e sim apenas de um juízo técnico. Para ilustrar isso, cita o modo como a tradição hipocrática crê ter uma especificidade, que é válida somente para a área médica. Contudo, defender uma ideia dessa, da especificidade ética de cada profissão, leva a problemas. Isso levaria ao exemplo de que um cientista nuclear especialista em bombas seria o único que poderia dar um veredicto sobre o uso ou não desse artefato contra um potencial inimigo. Um exemplo que poderia ser citado, ligado a área médica, seria o caso do aborto. Assim, para Veatch:

[...] se os médicos fossem os mais indicados para decidir sobre a moralidade ou não de suas práticas em razão de sua perícia, então a moralidade do aborto, por exemplo, poderia ser comparada ao juízo técnico do especialista que trata o uso da eletricidade na pena de morte como um mero problema de engenharia elétrica.<sup>240</sup>

---

<sup>238</sup> Azevedo esclarece alguns pontos sobre as ideias de Kass. Para não causar mal-entendidos deve se salientar que esse autor é um defensor dos preceitos hipocráticos. Isso implica a condenação da eutanásia, por exemplo. Contudo, Kass como outros defensores dessa posição, admite que não tratar um paciente intratável, que se encontra numa condição terminal, pode ser uma forma de boa medicina. Não confundir isso com a prática da eutanásia, pois nesse caso se satisfaz o interesse do paciente em querer morrer. E não da medicina que procura manter e salvar vidas. O respeito ao princípio da não-maleficência estaria sendo reiterado nesse tipo de ação que Kass comenta.

<sup>239</sup> Ibidem, p.66. Veatch *Apud* Azevedo.

<sup>240</sup> Ibidem, p.67. Veatch *Apud* Azevedo.

Dentro dessa discussão mais ampla que envolve analisar qual seria o papel que a tradição hipocrática desempenha na bioética, existe ainda outra vertente, sendo Pellegrino e Thomasma seus defensores. De modo sumário, os dois autores defendem a moral hipocrática, além de endossar a ideia do contrato social exposto por Veatch. A posição de Pellegrino e Thomasma seria, então, um meio termo entre essas duas fontes morais. Assim, eles defendem uma especificidade interna da profissão biomédica, o bem estar do paciente fundamentado pelo modelo da beneficência-na-confiança, que contém inerentemente certos valores específicos, como a beneficência e não-maleficência, próprias da medicina, mas que, também, não pode a medicina hoje em dia, abrir mão das obrigações e responsabilidades sociais derivadas pelos princípios da justiça e autonomia. Dessa maneira, para Pellegrino e Thomasma, uma sociedade se constrói historicamente. E essa história possibilita o surgimento de um contrato social. Porém, para se chegar ao contrato, essa sociedade anteriormente é formada por indivíduos com valores e esses seriam virtudes que possibilitariam esse acordo.<sup>241</sup> Para tanto é necessário pressupor que a beneficência e não-maleficência tenham um papel relevante a desempenhar nessa construção histórica. O que levaria a pressupor que os dois valores fundamentais da ética seriam a não-maleficência e beneficência e que estes princípios possibilitariam a construção de uma moralidade comum. Com essa breve apresentação sobre as teorias divergentes quanto ao papel que a tradição hipocrática tem atualmente nas discussões bioéticas, procura-se passar em revista como compreender a independência da não-maleficência.

Em relação a discussão da independência do princípio da não-maleficência sobre o princípio da beneficência quer se verificar o porquê Beauchamp e Childress defendem o desmembramento do princípio da não-maleficência sobre o princípio da beneficência. Seguindo essa linha, quer se analisar também como poderia ser defendido a hipótese da prioridade da não-maleficência frente a outros princípios dentro da bioética. Assim, busca-se nesse capítulo analisar duas ideias: a independência da não-maleficência e verificar a plausibilidade da defesa da prioridade da não-maleficência.

A questão da prioridade da não-maleficência frente aos outros princípios será feita com a ajuda da análise da iatrogenia. Pensa-se que a iatrogenia pode ilustrar o porquê é plausível defender essa prioridade da não-maleficência. O fenômeno da iatrogenia parece ilustrar de maneira

---

<sup>241</sup> Uma ética das virtudes é mais exigente do que uma teoria baseada meramente em princípios ou regras. Não entraremos no mérito dessa discussão.

simples que a não-maleficência tem certo tipo de prioridade perante os outros princípios justamente porque na prática moral cotidiana (moralidade comum), as pessoas em geral, procuram antes de tudo e primeiramente evitar causar dano. Com isso, novamente, não se está afirmando o caráter absoluto desse princípio.<sup>242</sup> Apenas quer se mostrar que a não-maleficência tem uma natureza distinta e uma prioridade diversa quando analisada juntamente com os outros princípios pela sua própria formulação: *Primum non nocere*. Para complementar e reforçar essa ideia, utiliza-se o texto de Albert Jonsen: *Do no harm: axiom of medical ethics*. Nesse artigo, Jonsen argumenta que: “Quando a máxima “não cause dano” é invocada nas discussões sobre ética médica, essa máxima é identificada como o princípio primário da ética médica.”<sup>243</sup>

A questão da prioridade é algo que Beauchamp e Childress não endossam, pois para os autores isso iria contra a ideia básica da não hierarquização e validade *prima facie* dos princípios dentro de sua teoria principialista. Como foi visto acima, de maneira sumária, existem autores que pressupõe uma hierarquia, um exemplo disso é o próprio Veatch, para quem os princípios da justiça e da autonomia teriam uma importância maior do que os princípios da beneficência e não-maleficência. Pellegrino e Thomasma, por outro lado, tomam uma atitude mais cautelosa. Desta forma, procuram amenizar essa concepção hierárquica e apresentar de modo distinto qual seria a prioridade que esses princípios teriam frente à outros.

Em suma, o que vai se analisar nesse capítulo são as duas perspectivas brevemente comentadas, que são a independência e a prioridade. Primeiramente, em relação às ideias de Beauchamp e Childress sobre a *independência* da não-maleficência, defendem uma

---

<sup>242</sup> Existem autores, no entanto, que defendem uma concepção de caráter absolutista desse princípio. Exemplo dessa ideia seria Diego Gracia. Conferir: GRACIA, Diego. *Primum non nocere* – El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica. Discurso de ingreso del autor en la Academia Nacional de Medicina. Madrid: Anzos, 1990.

<sup>243</sup> JONSEN, Albert, Do no harm: axiom of medical ethics. In: ENGELHARDT, Tristram; SPICKER, Stuart F. **Philosophical medical ethics: its nature and significance**. Dordrecht-Holland/Boston-U.S.A: D. Reidel Publishing Company, 1977, p.27. Em suma, a ideia básica nesse artigo de Jonsen é construir uma interpretação que dispõe a ideia do “não causar dano” em quatro tipos ideais de uso, no qual a máxima poderia ser aplicada. Os quatro usos ideais propostos por Jonsen são: I. A medicina como um empreendimento moral; II. O devido cuidado; III. Relação custo-benefício; IV. Equação em detrimento do benefício.

concepção de que manter um único princípio que contenha duas faces, como a beneficência, levaria a perda de nuances que devem ser mantidas e separadas para que o princípio tenha uma ação mais eficaz. Além de que, existe a diferença clássica entre princípios negativos e positivos dentro da ética de modo geral. Assim, a independência se apresenta de maneira mais simples de ser defendida, pois a separação clássica em diferenciar os princípios éticos negativos (não-maleficência) e princípios éticos positivos (beneficência) se apresenta de modo inequívoco. Mostrar a independência e a importância do desmembramento não se mostra como uma tarefa extraordinária, porque não separar os princípios levaria a mais mal entendidos, segundo a própria argumentação de Beauchamp e Childress. Contudo, a ideia de defender a prioridade torna-se mais complexa.

Com essa primeira diferenciação, passa-se então a querer argumentar e discutir a plausibilidade da questão da *prioridade* da não-maleficência sobre outros princípios pressupostos pela teoria principialista e analisar como poderia funcionar essa priorização, de que natureza é essa prioridade e como seria proposta. Neste ponto, a moralidade comum vai desempenhar um papel importante. Esse conceito da moralidade comum é importante, pois sem a pressuposição de uma moralidade comum universalmente aceita, pareceria que a discussão se tornaria uma mera descrição de uma ética particular que acabaria por não ter nenhuma relação com a bioética.<sup>244</sup> É importante também ter claro que para os dois teóricos do principialismo, falar em uma hierarquia ou qualquer forma de prioridade de princípios de modo *apriorístico*, vai diretamente contra suas ideias básicas que são defendidas por sua teoria principialista. Pois, como um dos pontos centrais da ética principialista, existe a defesa da não hierarquização ou priorização *a priori* de princípios, sendo que esses seriam válidos somente *prima facie* e de caráter intuicionista, tendo que ser, em cada caso, especificados e ponderados, para aí sim, ganharem uma prioridade

---

<sup>244</sup> No âmbito da moralidade comum, é importante deixar claro, que a justificação de normas é válida ainda que *nem todos* os participantes a endossem. A universalidade aqui não precisa ser *estrita* ou *plena*, visto que se encontra num nível mais empírico e factual – esperar sempre a unanimidade nos resultados das decisões morais ou éticas seria absurdo – a universalidade aqui pode ser *restringida* ou *parcial* (pode ser a expressão da maioria em determinado contexto, por exemplo). Essa seria uma visão mais realista – no sentido de sua forma pragmática – levando em consideração a aplicação da teoria na prática.

no caso específico. Mas a prioridade de um princípio sobre o outro acontece na teoria principialista, contudo ela ocorre de modo caso a caso e não de maneira pré-determinado. Dado que Beauchamp e Childress abandonam a ideia de uma hierarquia de princípios apriorística, esta forma de interpretação será equivocada para a boa aplicação da ética principialista, tese que o principialismo em sua formulação sempre defende e que se relativiza nesse estudo. Por isso é bom sempre ter em mente a ideia que fundamenta e da qual parte todo o principialismo de Beauchamp e Childress “[...] é bom lembrar que no principialismo não existe nenhuma sobrevalorização de um princípio sobre o outro: todos têm o mesmo status moral e epistêmico”.<sup>245</sup> Assim, qualquer tipo de ordenação de princípios de maneira antecipada, deve ser abandonada. Procedendo dessa forma, os autores defendem o funcionamento da teoria de maneira horizontal, livre de qualquer sobrevalorização *a priori* de um princípio sobre o outro, proporcionando na visão deles, um panorama mais realista e moderado dos princípios a serem levados em consideração em casos biomédicos e na sua aplicação aos casos bioéticos.

A ideia dos princípios serem válidos *prima facie* com base intuicionista sofreu várias críticas, como foi visto no primeiro capítulo. Não parece que uma teoria assim estruturada possa realmente ajudar no caso em que se precise tomar uma decisão difícil e de modo rápido e justo, justamente por deixar aberto para conclusões diversas e às vezes até muito dispares, não fornecendo um método eficaz para escolher o que seria o mais correto a se fazer em determinada situação. Por isso a ideia da prioridade tendo a moralidade comum como ponto de apoio se impõe e se apresenta como uma alternativa viável para essa discussão, além de uma forma de atenuar os possíveis dilemas que eventualmente possam aparecer.

A hipótese é então verificar se o princípio da não-maleficência poderia ser observado antes de qualquer outro, sendo que, este se apresentaria sempre como anterior aos outros. Pensa-se que a resposta seja positiva. Com isso não se defende que esse seja o único princípio válido, pois segue-se a ideia da moralidade comum, onde existem uma multiplicidade de princípios. Contudo, parece razoável pressupor e defender que a não-maleficência tenha uma prioridade temporal frente aos outros princípios. Não se defende aqui uma prioridade lógica desse princípio sobre os outros, mas sim temporal. Note-se que não há uma

---

<sup>245</sup> DALL’AGNOL, Darlei. **Bioética**: princípios morais e aplicações. Rio de Janeiro: editora DP&A, 2004, p.39-40.

justificativa para essa hipótese. Não se encontra na história da filosofia nenhum autor que defenda a unicidade de um único princípio, nem nenhuma ética que defenda algo parecido. Desta maneira, pode-se falar numa prioridade cronológica do princípio da não-maleficência sobre os outros princípios, em particular, aos outros três princípios pressupostos pela teoria principalista. Contudo, não se afirma que esse princípio isolado, forneceria a solução para todos os casos e circunstâncias possíveis. Isso já foi exposto e defendido. O que se propõe nessa pesquisa é uma regra de priorização, que agiria como um princípio que tem uma antecedência cronológica e moral perante os outros princípios. Assim, acredita-se que pela justificação de uma razão pública mais ampla, pressuposta e exemplificada pela moralidade comum, possa ser defendida e prioridade da não-maleficência. Pois a moral comum é construída e dividida por todos de modo intersubjetivo. Dessa forma e por ser uma moral historicamente compartilhada parece razoável colocá-la como o chão comum de qualquer teoria bioética. Os princípios necessitam de justificação racional e uma fundamentação mais firme e essa podem ser encontradas na moralidade comum.

### 3.1 A INDEPENDÊNCIA DA NÃO-MALEFICÊNCIA

A discussão relacionada à defesa da independência do princípio da não-maleficência contraposto ao princípio da beneficência pode ser compreendida da seguinte forma: as obrigações ligadas à noção de não prejudicar os outros são distintas das obrigações de beneficiar alguém ou de ajudá-lo. Segundo Beauchamp e Childress, as obrigações de não prejudicar ou não causar dano aos outros são em geral mais exigentes que as obrigações de ajudá-los. Porém, defendem também que em determinadas situações pode haver uma importância do princípio da beneficência. Pois, segundo estes argumentam, existem casos (citam o exemplo de vacinas que causam dor e certo inchaço, mas que tem o resultado final melhor do que se não tivesse tomado) em que o dano causado é mínimo e o resultado total é melhor do que o dano causado. No entanto, esse exemplo é trivial, não acrescentando nenhuma diferença substancial ao entendimento da não-maleficência e ilustra apenas que se for compreendido de maneira simplista o conceito de dano ou prejuízo, isso levaria a mais confusões do que esclarecimentos.

O conceito de dano sempre deve ser associado a uma ação que leva a morte ou que causa dor aguda ou a um grande prejuízo. Assim, é importante ter claro que o dano associa-se fortemente com o dano físico,



especialmente a dor, incapacidades, sofrimento e principalmente a morte. Devemos lembrar que quando se discute esse princípio, Beauchamp e Childress contextualizam essa ideia e apontam para os problemas que são relacionados a ele. Assim, é importante saber quais são as suas implicações. Para os dois bioeticistas esse princípio se preocupa em debater e compreender questões ligadas principalmente a:

1. Matar e deixar morrer;
2. Tencionar e prognosticar resultados danosos;
3. Rejeitar e interromper tratamentos se suporte à vida;
4. Tratamentos comuns e especiais.

Assim, eles crêem que certas confusões podem ser superadas se essas problemáticas forem relacionadas ao princípio da não-maleficência. Segundo os autores, o princípio da não-maleficência suporta várias regras morais específicas. Eles fornecem como exemplo as seguintes regras básicas: “1. Não matar; 2. Não causar dor ou sofrimento; 3. Não incapacitar; 4. Não causar ofensa; 5. Não privar os outros de uma boa vida.”<sup>246</sup> Isso ajuda a delimitar e compreender como os autores delimitam esse princípio frente o princípio da beneficência.

Relacionado aos casos que se apresentam na forma de causar um dano em benefício de um bem maior, argumentam os autores, nesses haveria a prioridade da beneficência, o que é aceito aqui. Isso ilustra de que forma a teoria principialista funciona, buscando sempre uma especificação para a partir disso, tomar uma decisão ponderada. No entanto, isso não desempenha uma melhor compreensão do princípio da não-maleficência, apenas mostra como é fácil confundir e atrapalhar-se quando se discute esse princípio. O que quer se mostrar é que em qualquer tipo de deliberação bioética quando se envolve intencionalmente a capacidade de ocorrer algum dano, esse deve ser analisado a partir do princípio da não-maleficência. Antes de tudo, quando se pensa na ação que se vai tomar, deve-se perguntar: alguém será prejudicado, alguém sofrerá algum dano?

Procedendo de forma metodologicamente coerente com seus pressupostos principialistas, os dois bioeticistas não fazem e nem defendem uma rigidez principialógica pré-estabelecida, que demandaria ou exigiria a primazia de um princípio sobre o outro. Contudo, sustentam a independência da não-maleficência sobre a beneficência de

---

<sup>246</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.153.

modo enfático. Defendem assim, que a não-maleficência deve ser observada por todos, tornando-se, uma obrigação perfeita, no sentido kantiano, ou seja, que não permite exceção alguma em favor da inclinação, dado que são deveres negativos e que proíbe o ser humano de agir contrariamente a finalidade da natureza.<sup>247</sup> Assim, o argumento de “Deixar de agir de modo não-maleficente para com alguém é (*prima facie*) imoral, mas deixar de agir de modo beneficente para com alguém com frequência não é considerado imoral.”<sup>248</sup> Desse modo, um argumento interessante sobre a diferenciação dos dois princípios seria que:

Embora a não-maleficência e a beneficência sejam similares e frequentemente tratadas na filosofia moral como não sendo nitidamente distinguíveis, combiná-las num mesmo princípio obscurece distinções relevantes. As obrigações de não prejudicar os outros são claramente distintas das obrigações de ajudar os outros.<sup>249</sup>

Somente se deve agir de modo beneficente diante daquilo que se julga plausível de ser realizado e mesmo assim não se poderia julgar moralmente alguém por não ter ajudado uma pessoa. Agora, diante da mesma situação, como supostamente querer “curar” ou ajudar uma pessoa em estado terminal, sempre deveria agir e procurar proceder de modo não-maleficente, para não aumentar ainda mais ou causar mais danos a esse indivíduo. Em contrapartida e por outro lado, não se deveria agir num caso como esse de modo beneficente na busca de aumentar o tempo de vida do paciente, pois isso se transformaria num tipo de paternalismo por parte do médico. Como Kant afirma: “Eu não posso fazer o bem a ninguém atendo-me aos meus conceitos de felicidade (exceto a menores ou incapazes), mas somente de acordo com os conceitos daquele a quem pretendo prestar um benefício.”<sup>250</sup> Ou seja, fazer o bem a partir da concepção de bem do outro e não da sua própria. Querer impor uma visão do que é uma vida boa, ou o bem, mesmo utilizando-se de critérios médicos técnicos, ultrapassaria e ao fim e ao

---

<sup>247</sup> Conferir In: KANT, Immanuel. **A metafísica dos costumes**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005, p.342ss.

<sup>248</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.199

<sup>249</sup> *Ibidem*, p.150.

<sup>250</sup> KANT, Immanuel. **A metafísica dos costumes**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005, p.400.

cabo, causaria mais prejuízo do que benefício, tornando-se paternalista. Talvez, os profissionais de saúde deveriam rever suas convicções, pois o “[...] objetivo último da Medicina já não deve ser percebido como a manutenção da vida a qualquer custo, mas sim a promoção do bem-estar e *primeiramente* a eliminação do sofrimento.”<sup>251</sup>

Isso mostra que a separação dos princípios da beneficência e não-maleficência se faz necessária, pois tomá-los numa mesma acepção pode confundir e trazer prejuízos para a aplicação mais clara dos princípios na prática. Proporcionar um bem estar é diferente de impedir que se cause danos. Pois, não separando os princípios, agir-se-ia muitas vezes de modo confuso. Tanto é assim que, “não causar dano” se torna um princípio de ordem dos deveres negativos que busca *proteger* os indivíduos de efeitos nocivos, o qual irá nos proibir de fazer certas ações. Os deveres negativos compreendidos dessa forma tornam-se, assim, um *direito* a ser preservado e seguido: “Aceitar que o outro tem *direitos negativos* implica em aceitar que, embora eu tenha o poder de prejudicá-lo, já não me é mais reconhecido o *direito* de fazer uso da minha liberdade para tomar decisões e agir no sentido de lhe causar tal prejuízo”.<sup>252</sup> Não se entra no mérito aqui de defender se o princípio da não-maleficência tem ou não um *status* jurídico ou legal. *Mas é perceptível a sua cogência frente a todos os outros princípios*. Sair da moral e afirmar a sua legitimidade no sentido jurídico excederia a pretensão dessa discussão. Contudo, na interpretação de alguns autores, a ideia da importância da não-maleficência liga-se a especificidade que esse tem na prática médica, e, logo, o ato de “não causar dano”, torna-se o primeiro princípio a ser observado e respeitado nas relações biomédicas. Sob essa perspectiva, Diego Gracia argumenta que “[...] a função do médico não é primariamente de beneficência, mas de não-maleficência. Afirmar que o médico tem obrigações de beneficência para com os seus pacientes é, em seu entendimento, exigir dele mais do

---

<sup>251</sup> PENALVA, Luciana Dadalto. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. **Revista bioética**. Brasília: v.17, n.3, 2009, p.523-543, p.529. Grifo meu.

<sup>252</sup> FELIPE, Sônia T. **Ética e experimentação animal**: fundamentos abolicionistas. Florianópolis: Editora da UFSC, 2007, p.139. Felipe parece extrapolar seu argumento, transformando automaticamente uma discussão moral numa obrigação legal/jurídica. É uma operação válida, porém controversa. Não se discutirá isso nesse trabalho. Essa argumentação é coerente na discussão do estabelecimento de direitos legais aos animais não-humanos.

que o devido.”<sup>253</sup>

Para verificar essa ideia da importância e da priorização da não-maleficência, pode-se analisar a ideia da iatrogenia tanto no aspecto social como no caso referente a medicina. Essa investigação que será feita no próximo item, ajudará a aproximar a discussão de como é relevante pressupor a prioridade da não-maleficência. Argumenta-se que pela iatrogenia pode-se notar que esse princípio deve ser colocado como contendo uma diferença para evitar casos nos quais as pessoas são prejudicadas sem terem consciência disso e que são muito comuns e que, num curto prazo, parecem que se tornaram mais e mais corriqueiros. Para evitar casos assim, a não-maleficência tem um papel importante a desempenhar.

### 3.2 IATROGENIA SOCIAL E MÉDICA

Para que se possa analisar a iatrogenia de maneira proveitosa e observar a sua importância para defender a prioridade da não-maleficência nos casos bioéticos, proporcionando um debate mais produtivo, tirando lições práticas de suas consequências, procura-se focar aqui no caso do dano médico associado às doenças iatrogênicas provenientes do uso de medicamentos (fármacos) e de procedimentos cirúrgicos desnecessários, ou mesmo de superbactérias que hoje estão muito em voga nos centros hospitalares tanto do Brasil como do mundo todo, e que resultam em milhares de mortes todos os anos.<sup>254</sup> Para se ter

---

<sup>253</sup> PENNA, Moira, DUARTE, Ivolette, COHEN, Claudio, OLIVEIRA, Reinaldo. Concepções sobre o princípio da não-maleficência e suas relações com a prudência. **Revista Bioética**, Brasília, v.20, n.1, maio. 2012. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/717](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/717)>. Acesso em: 13 de Fevereiro de 2014.

<sup>254</sup> Infelizmente, o Brasil não possui estatísticas sobre esse fenômeno da iatrogenia. Como não possui de muitos outros problemas que necessitariam ser investigados estatisticamente. No Brasil, não há um órgão que faça esse controle, nem existe em curto prazo uma expectativa que isso venha a acontecer na área da saúde. Contudo, em países como os EUA e a Europa, existem essas estatísticas e os números são impressionantes. “A partir de dados (de 2009) de um grupo de estudo envolvendo o Centro Europeu para o Controle de Doenças e a Agência Europeia de Medicina, estimou-se que, a cada ano, cerca de 25 mil pacientes morrem dessas infecções na União Europeia. Nos Estados Unidos, estudos realizados pelos Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) avaliaram que mais de 63 mil pessoas morrem, a cada ano, de infecções

uma noção dos efeitos iatrogênicos, Barbara Starfield, em seu artigo “*Is US health really the best in the world?*” de julho de 2000, coloca a iatrogenia como a terceira causa de morte nos Estados Unidos, atrás somente das doenças cardíacas e do câncer. Deste fato, nota-se o impacto que a iatrogenia tem na sociedade e em nossas vidas é imenso e altamente danoso.

Mas o que é a iatrogenia e o que essa discussão tem haver com o princípio da não-maleficência? Quando se inicia qualquer discussão que envolva um dano médico, necessariamente o princípio da não-maleficência é requerido, pois uma pergunta surge: por que o paciente não foi protegido do dano? Relembrando que o princípio da não maleficência deriva do juramento hipocrático que afirma “[...] a obrigação de não infligir dano intencionalmente, ou [...] Acima de tudo (ou antes de tudo), não causar o dano. Ou ainda, [...] ao menos, não cause dano.”<sup>255</sup> Assim, pelo princípio da não-maleficência e por sua ligação com a tradição hipocrática, ficou conhecida a forma canônica *Primum non nocere*, na qual já é possível vislumbrar a preocupação em evitar a iatrogenia., pois na prática bioética como um todo como na prática médica, primeiramente deve-se evitar causar o dano.

Mas, afinal, o que significa a iatrogenia? De maneira muito sumária, poderia se dizer que é o dano médico. Apesar de que o uso do termo iatrogenia seja conhecido de longa data, existem registros desde a Antiguidade Clássica grega sobre o uso desse termo, pode-se ir ainda mais longe. Pode-se encontrar tal conceito associado a tempos mais remotos ainda, como exemplo, ter-se-ia o código de Hamurabi. No entanto, o modo como se entende na sua formulação moderna o conceito de iatrogenia é algo distinto, pois estão envolvidas hoje em dia outras técnicas e meios diversos que podem causar a iatrogenia. Seguindo a leitura de Sharpe e Faden sobre o conceito de iatrogenia, poder-se-ia entendê-lo e rastrear-lo na história desde a muito tempo:

Embora o termo “doença iatrogênica” não tenha sido cunhada antes do início do século vinte, o

---

bacterianas associadas a hospitais.” Conferir artigo na revista: SUPERBACTÉRIAS: o problema mundial da resistência a antibióticos. **CIÊNCIA HOJE**. São Paulo: SBPC, 1982-. Mensal. ISSN 0101-8515 Disponível em: <<http://cienciahoje.uol.com.br/revista-ch/2011/287/o-problema-da-resistencia-a-antibioticos>> Acessado em 05 de Fevereiro de 2014.

<sup>255</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.149.

dano médico não é uma noção moderna. Dezesete séculos a.C, o código de *Hamurabi* já descrevia penalidades por danos causados por erros médicos, dependendo do *status* social do paciente.<sup>256</sup>

Desse fato histórico, pode-se notar como é fácil se perder na noção do que venha a ser e como se deve entender a iatrogenia atualmente, e deve-se interpretá-lo sempre como um dano causado por intervenções médicas, trazendo como consequência um prejuízo, um dano físico que poderia ter sido evitado.

Para fins do estudo dessa pesquisa, entende-se por iatrogenia todo e qualquer dano associado aos erros médicos, de enfermeiros, ou de outra pessoa ligada à área da saúde, seja na administração de substâncias farmacológicas, de complicações resultantes de reações a medicamentos ou procedimentos cirúrgicos, prejuízos físicos ou acidentais, psicológicos ou ainda provenientes de infecção hospitalar – incluídos erros e omissões.<sup>257</sup> Com essa caracterização, é perceptível a amplitude e complexidade deste conceito que geralmente é deixado de lado, ou pior ainda é escondido e calado no meio das ciências da saúde.

Para se ter outra visão desse fenômeno, de como poderia ser compreendido a iatrogenia, mas agora de uma perspectiva diversa, há o interessante livro de Ivan Illich, “A expropriação da saúde: Nemesis da Medicina”, no qual, esse autor enfrenta e denuncia o problema da “patologização” total da sociedade e de seus indivíduos pelos métodos e ações desenvolvidas pela medicina atual.<sup>258</sup> Para Illich existe além da iatrogenia médica tradicional a iatrogenia social, causada pelo desenvolvimento da medicina e por seu poder de manipular sociedades inteiras.

Para Ivan Illich, este modelo de ação e propagação da medicina como ocorre hoje em dia, tem o intuito de se apoderar de todas as esferas sociais, possuindo ainda a pretensão de se proclamar a única ciência que pode dar a segurança necessária e a vida boa a seus pacientes, ou melhor, para a humanidade em geral. Ela opera esse controle pelo viés dos tratamentos médicos alopáticos, vacinas, cirurgias

---

<sup>256</sup> SHARPE, Virginia Ashby; FADEN, Alan I. **Medical Harm**: historical, conceptual, and ethical dimensions of iatrogenic illness. New York: Cambridge University Press, 2001, p.6.

<sup>257</sup> *Ibidem*, p.4.

<sup>258</sup> Ivan Illich. **A expropriação da saúde**: Nemesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. Especialmente o cap. II, p.31-60.

e medicamentos de que dispõe. Illich oferece uma interpretação na qual os médicos se tornaram os novos sacerdotes da era moderna, substituindo o clero da idade média. O padre de antigamente com sua túnica negra, é agora substituído pelos médicos dos hospitais com seus jalecos brancos esperando seu fiel doente entrar pelas portas do hospital. Segundo Illich, a medicina vem fazendo um desserviço e inculcando nas pessoas o medo das doenças, dos vírus, das bactérias e da proximidade da morte eminente caso não se tomem todos os cuidados que os médicos ensinam e prescrevem. A medicina promove um clima de pânico histérico ligado ao exagero com as profilaxias. Desencadeia a neurose com as assepsias e promove a paranóia com o surgimento de uma nova superbactéria ou vírus de gripe mortal a cada novo inverno. Enfim, gera segundo o autor, consequentemente várias iatrogenias sociais, que aumentam o sofrimento humano ao invés de diminuí-lo e causam um temor eminente frente as novas e terríveis doenças que aparecem a cada ano.<sup>259</sup> Esse conceito de iatrogenia social, se relaciona com as políticas de controle da população, do controle de sua subjetividade, tornando as pessoas que escapam dessa “normalidade patológica” em anormais degenerados, que seriam os pobres, os feios, os sujos, em suma, os doentes. Para Illich, esse tipo de medicina baseada na emergência, acaba gerando um medo terrível da morte, o qual deixa homens e mulheres aterrorizados ante a vida.<sup>260</sup> Note-se que esse tipo de dano médico associasse a temores psicológicos.

Essa tese se coaduna com as ideias de Foucault, claro que de forma indireta, com as questões do biopoder e biopolítica, o qual tem a medicina como o modelo de ciência controladora. A estratégia usada na biopolítica é a de transformar o ser num mero vivente: “[...] o caráter mais específico da biopolítica do século XX; já não é *fazer morrer*, nem *fazer viver*, mas *fazer sobreviver*”.<sup>261</sup> Dessa forma, o biopoder transforma os indivíduos de tal maneira que o sujeito torna-se sujeitado. Assim:

---

<sup>259</sup> *Ibidem*, especialmente o cap. II, p.31-60.

<sup>260</sup> Pode-se consultar o livro de Sandra Caponi, para fazer um paralelo numa perspectiva psiquiátrica da iatrogenia social e médica e verificar como a medicina moldou o conceito de loucura. CAPONI, Sandra. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

<sup>261</sup> AGAMBEN, Giorgio. **O que resta de Auschwitz: o arquivo e a testemunha** (Homo sacer III). São Paulo: Boitempo, 2008, p.155.

[...] o sujeito político foi identificado com o domínio das necessidades vitais, o corpo deixa de ser de alguém para ser transformado em um elemento na mecânica geral dos seres vivos que serve de suporte aos processos biológicos de nascimento, mortalidade, saúde, epidemias. O corpo individual importa só na medida em que ilustra os processos que podem acontecer em nível populacional; que podem indicar o modo de agir, de adoecer e de responder aos estímulos do conjunto da população. Os indivíduos deixaram de ser sujeitos de direito e passam a ser – no interior dessa biopolítica da população, analisada por Foucault como própria de fins do século 19 – corpo espécie, isto é, corpos *transidos pela mecânica do vivente* limitados a seu estatuto vital. A partir desse momento, os sujeitos submetidos a observação deixarão de ser sujeitos individuais para passar a ser corpos valiosos exclusivamente pela identidade vital que os unifica.<sup>262</sup>

A partir desse momento, todo ser humano torna-se peça fundamental, objeto de pesquisa experimental, passa a ser objeto de manipulação para entender a doença criada pela própria ciência que a quer curar, torna-se meio para se comprovar novas doenças ou compreender como tais doenças afetam a vida social e individual em busca de uma anunciada cura. Nesse momento histórico em que a medicina toma para si o papel de cuidadora e manipuladora da vida, o humano torna-se objeto. Não é a toa que a bioética tem que nascer nesse ambiente, pois caso contrário, a medicina moderna tornaria todos os humanos em meros viventes, sujeitos de pesquisa, viram corpo espécie sujeita a manipulação e pesquisa biomédica.

Porém, estas teses políticas do domínio e dos males iniciados pela moderna medicina, vista a partir dessa interpretação, sendo a medicina uma nova e poderosa fonte de poder, parecem ser um pouco exageradas. Não há como negar as mudanças e forças que tal ciência médica nos impõe hoje, com seus tratamentos e cuidados, mas transformá-la na fonte de todos os males parece ser excessivo e uma visão apocalíptica da medicina

Deve-se assim ter claro que existem então dois tipos clássicos

---

<sup>262</sup> CAPONI, Sandra. A biopolítica da população e a experimentação com seres humanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.445-455, 2004.



de iatrogenia: uma seria *social*, que abrange vários aspectos da vida. Essa se ligaria principalmente a vida de uma nação e de como as pessoas em geral se compreendem entre si e são normalizadas. Nesse aspecto, a medicina higienista do século XIX, tem um papel importante a desempenhar, tanto nas escolas, na família, procurando controlar os corpos e as pessoas pela medicalização, controle de natalidade, psiquiatrização de desvios de personalidade, etc, como seus principais elementos de domínio. Por outro lado, temos a iatrogenia *médica*, propriamente dita, ligada a danos e a morte de pessoas dentro dos hospitais. É esse tipo de iatrogenia que interessa nessa pesquisa. Como foi observado acima, esse tipo de iatrogenia médica pode ser evitada utilizando-se e priorizando a não-maleficência, tendo o cuidado de primeiramente querer evitar o dano intencionalmente nos casos biomédicos. Caso não haja a clareza do que o princípio realmente exige, que é a busca de se abster primeiramente de causar um dano, acabar-se-ia por tornar o princípio impossível de ser seguido por qualquer pessoa. Pois ninguém mais agiria, porque evitar o dano, pura e simplesmente é algo muito amplo. Contudo, somente danos que podem ser previstos e que assim possam ser evitados é que devem entrar em discussão. Lembrando que especificando esse princípio ele se aplica principalmente sobre os seguintes casos: “1. Não matar; 2. Não causar dor ou sofrimento; 3. Não incapacitar; 4. Não causar ofensa; 5. Não privar os outros de uma boa vida.”<sup>263</sup> Assim, tendo sempre em mente que em primeiro lugar e antes de tudo, em nossa vida cotidiana, sempre procura-se evitar causar um dano *intencional*, isso acaba por tornar-se o primeiro princípio a ser observado.

### 3.3 UMA DEFESA DA PRIORIDADE DA NÃO-MALEFICÊNCIA RELACIONADO COM O CASO DA IATROGENIA

Revido e analisando a teoria principialista nota-se que Beauchamp e Childress defendem uma postura de cautela sobre esse tema, pois se poderia querer afirmar nesse contexto, segundo eles, um axioma da prioridade, que seria válido para todos os casos tendo um princípio como guia. No principialismo de Beauchamp e Childress, onde há a superveniência de dois modelos éticos antagônico, o deontológico e o consequencialista, certas adaptações foram necessárias para que eles

---

<sup>263</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.153.

subsistissem simultaneamente. Assim, na medida em que protegem em sua teoria a existência de obrigações, mas que essas sempre estão abertas a exceções (isso poderia ser descrito como uma posição “kantiana moderada” pois existe os imperativos categóricos, porém são relativizáveis), e concomitantemente julgam necessário haver sempre uma regra ou princípio (no sentido consequencialista de uma regra única ou objetivo a ser alcançado), mas que estão sempre trabalhando em conjunto nas mais variadas circunstâncias (exemplo disso seriam os quatro princípios válidos *prima facie*) acabam por blindar a sua teoria bioética da ânsia de generalidade e da pressuposição de um princípio regulador único. Às vezes, isso pode dar a impressão de certa esquizofrenia teórica. Porém, essa forma de proceder coaduna-se muito bem ao espírito pluralista ético adotado pelos dois autores. Isso tem suas vantagens, mas tem também algumas limitações e uma delas é a falta de uma regra que possa resolver um dilema caso aconteça.<sup>264</sup>

Para os dois autores é um erro querer propor ou pressupor uma prioridade, e para evitar isso eles usam do expediente da especificação e da ponderação, que seria o método por excelência do principialismo. Contudo, reconhecem e afirmam que em casos que eventualmente possam gerar conflitos de princípio, geralmente a não-maleficência tem uma prioridade, mas os pesos se alteram e variam em cada nova situação, pois o método prevê, como já foi visto acima, a utilização da especificação e da ponderação para se solucionar os casos bioéticos em pauta. Sendo assim, os princípios sempre são intercambiáveis, tendo em alguns casos prioridade e em outros não, mas não tem uma regra mais geral ou meta-princípio que ofereça uma regra única ou princípio geral que organize os quatro princípios. Logo, deve-se ter cuidado na defesa de uma regra *a priori* que determine que evitar danos é melhor do que proporcionar benefícios, pois existem casos em que priorizar a beneficência vem antes da não-maleficência, este caso é ilustrado por eles pelo exemplo da vacina que causa um dano temporário, um grande desconforto e inchaço no local, mas o seu resultado final é melhor. No entanto, não se defende aqui uma regra de prioridade lógica *a priori*, mas simplesmente uma prioridade cronológica. Pressupor a defesa de uma hierarquia *a priori* de princípios soa para os dois principialistas como um absurdo, pois não levariam em consideração as diferenças de

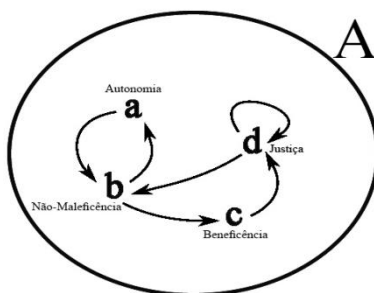
---

<sup>264</sup> Conferir literatura específica sobre dilemas na ética. CRUZ, A. M. P. **Lógica deontica paraconsistente: paradoxos e dilemas**. Natal: EDUFRRN, 2005. GOWANS, C. W. (Org.) **Moral Dilemmas**. New York: Oxford University Press, 1987.

cada caso. Sabe-se que na bioética não existem soluções fáceis. Então como poderia ser defendida a ideia de uma prioridade? Faz sentido pressupor uma prioridade de princípios?

A ética principialista trabalha com princípios que *prima facie* tem o mesmo *status*, pois são concebidos como não possuindo uma prioridade por sua natureza *sui generis*. Contudo, surge uma dúvida nesse ponto: se os quatro princípios éticos têm uma relação de simetria quanto a sua validade, pois todos os quatro princípios são considerados simultaneamente como válidos, qualquer arranjo, levando em consideração a especificação e a ponderação, levaria a uma ação ética boa ou correta. Porém, isso não ocorre. E por que não? Se os quatro princípios tem o mesmo valor moral e epistêmico, como podem levar a uma diferença de resultados? Ou não levam, pois as pessoas não divergem quanto qual princípio em determinado caso deve ser priorizado? Esses quatro princípios éticos teriam uma natureza específica, distinta? Se estes são de naturezas epistêmicas diversas, poderiam estar num mesmo nível? Aqui a teoria principialista apresenta a dificuldade de não pressupor uma prioridade, pois querer forçar os princípios a se portarem de modo igual, leva a complicações.

Assim, dependendo dos arranjos que forem feitos entre os princípios a serem especificados e ponderados, levariam a consequências diferentes. Sendo assim, conclui-se que cada um dos quatro princípios pertence a uma categoria moral distinta e que estes não poderiam estar relacionados num mesmo conjunto de princípios. Como é possível ter uma relação de quatro princípios que são considerados iguais, mas que levam a resultados diferentes dependendo do arranjo? Se os princípios são tomados como tendo a mesma valoração é estranho o porquê e como isso levaria a diferentes resultados. Observe a seguinte figura e de como a teoria principialista funcionaria e a relação que existiria entre os quatro princípios:



Teoria Principialista - Beauchamp & Childress

O conjunto maior A é a teoria principialista. As letras, a, b, c e d são os quatro princípios respectivamente. Essa figura ilustra como os princípios trabalhariam, pois estão dentro do mesmo conjunto e são *prima facie* válidos. Levando em conta essa relação, não importaria a ordem, pois sempre se teria uma relação binária e o resultado seria o mesmo. E por que isso não ocorre no principialismo que defende uma validade *prima facie*? Pois em casos iguais poderia se chegar a resultados diferentes, dependendo de quem o aplica. Ou os princípios são de natureza totalmente diversa e, logo, não poderiam ser colocados num mesmo patamar, ou são iguais e independentemente de como se julgue o caso bioético utilizando-se os quatro princípios o resultado seria sempre eticamente correto.

O método principialista parece falhar e por que isso ocorre? Parece que isso ocorre justamente porque os princípios não possuem uma prioridade e isso acabaria por gerar resultados divergentes. Ou porque os princípios não são de mesma natureza epistemológica e moral. Não levar isso em conta acaba ocasionando na aplicação da teoria certas inconsistências, e “[...] o que é problemático, aqui, não é apenas a aparente arbitrariedade na aplicação dos princípios, mas, sobretudo, porque a intuição parece ser um recurso inseguro e até mesmo desnecessário.”<sup>265</sup> Isso levaria ao fim e ao cabo que pessoas distintas teriam juízos distintos (dois pesos duas medidas), não promovendo como a teoria promete um método capaz de oferecer soluções para os casos mais diversos dentro do campo da bioética.

O problema reside tanto no nível da articulação dos princípios quanto na própria natureza do principialismo. Não há no principialismo uma regra que possibilite uma correção na aplicação da teoria. Assim, como seria possível resolver um impasse caso aconteça? É possível chegar a uma solução num caso de um dilema?

Assim, o método principialista tem como pressuposto justamente a deliberação ampla, no qual, por exemplo, o comitê chegaria por consenso a um veredicto sobre um determinado caso bioético, especificando e ponderando a situação para se chegar a um acordo. Segundo os autores, um dos princípios acabaria se sobrepondo sobre os outros. Mas como se chega a esse resultado? Falando de maneira realista, um comitê de ética que se utiliza do método principialista ficaria a mercê de uma deliberação ética no qual venceria a argumentação mais persuasiva e não necessariamente a mais correta

---

<sup>265</sup> DALL’AGNOL, Darlei. **Bioética**: princípios morais e aplicações. Rio de Janeiro: editora DP&A, 2004, p.187.

eticamente. O apelo a intuição das pessoas podem levar a resultados diversos e não seguros. Por não possuir uma priorização não há como evitar que casos assim ocorram. Quando não há ou quando não se pressupõe um bem ou uma prioridade de um bem sobre outro, tudo se torna possível e qualquer decisão pode ser considerada acertada, pois dependendo da capacidade de cada pessoa em conseguir especificar e ponderar o princípio que elegeu para ser defendido esse se tornaria a ação correta a ser aplicada nesse caso.

Nesse jogo ético principialista com princípios polivalentes é a retórica que se torna a métrica das decisões e não necessariamente a ação correta do ponto de vista moral. Obviamente não se defende aqui que a ética seja uma ciência exata, na qual existiria um algoritmo matemático que ofereceria o resultado da ação correta a ser tomada, mas também não podemos cair no erro de transformá-la numa mera retórica onde o argumento mais persuasivo imponha a sua convicção. Desta forma, o medo da priorização na teoria principialista, parece ser mais um recalque teórico dos atuais *expertises* que querem defender com afincos uma não radicalização ética, por acharem que atualmente não se pode impor na ética qualquer tipo de correção ou priorização. O medo parece derivar de que a defesa de uma hierarquia ou prioridade seria entendida como dogmática e antidemocrática. Uma teoria assim construída pareceria não ser de nosso tempo e não conseguiria adquirir espaço numa discussão mais ampla pelo seu estreitamento teórico. Defender uma teoria ética que não possua uma prioridade de valores *prima facie*, ganharia mais adeptos e simpatizantes, pois a sua roupagem liberal e pluralista é mais coerente com a nossa atual fase histórica. Mas isso, não leva necessariamente a se fazer ações éticas ou bioéticas mais coerentes e corretas. Portanto, parece que a não-maleficência, em toda e qualquer discussão biomédica, deve ser levada a sério e colocada como tendo uma prioridade sobre os outros princípios. E note que a prioridade aqui defendida não é nada dogmática é apenas uma prioridade cronológica. Uma maneira de justificar isso seria adotando a moralidade comum, pois ela mesma parece levar a essa conclusão. Além de que, pressupor isso não leva a se adotar uma postura dogmática ou anti-pluralismo ético. Aceita-se a moralidade comum como apresentada por Beauchamp e Childress, com seus múltiplos princípios, no entanto apenas se dá uma prioridade cronológica ao princípio da não-maleficência ante os outros princípios. Acredita-se que por ser o princípio que garante, além de que exige de todos nós que primeiramente não causemos dano, esse princípio representa da maneira mais coerente a vida moral comum, partilhada por todos.

Assim, pode-se analisar ainda como um método ético imparcial pode ajudar a dar uma justificação que proponha a prioridade cronológica do princípio da não-maleficência. Acredita-se que o método deve ser imparcial na escolha de quais seriam os melhores princípios, sendo esses princípios a expressão mais geral e que respondam as demandas mais urgentes das pessoas, ao estilo da teoria de John Rawls. Contudo, os princípios derivados daí não necessariamente precisam ser vistos como livres de algum tipo de prioridade. A moral comum, ou a ideia de uma moralidade comumente partilhável parece ser um bom exemplo de como um método pode nos dar os princípios gerais, mas a partir daí, a sua justificativa poderia sim querer valorar moralmente qual princípio teria prioridade cronológica e como isso teria mais importância frente aos outros princípios. Para exemplificar isso é interessante ver como a moralidade comum pode é entendida por Beauchamp e Childress:

A moralidade comum é um conjunto de normas compartilhadas por todas as pessoas sujeitas à moralidade. A moralidade comum não é meramente *uma* moralidade, em contraste com outras. A moralidade comum é aplicável a todas as pessoas em todos os lugares, e nós certamente julgamos todas as condutas humanas por seu padrão. [Temos assim] *padrões de ação* ou regras de obrigação, que são encontradas na moralidade comum: (1) não matar, (2) não causar dor ou sofrimento a outros, (3) prevenir que ocorra um mal ou dano, (4) ajudar pessoas em perigo, (5) dizer a verdade, (6) alimentar jovens e dependentes, (7) manter promessas, (8) não roubar, (9) não punir um inocente, e (10) obedecer a lei.<sup>266</sup>

E para defender a moralidade comum, uma tese que foi repetida durante toda essa dissertação, foi sustentar a viabilidade dessa moral pela justificação de sua universalidade. Assim no âmbito da moralidade comum, uma justificação de normas é válida ainda que *nem todos* os participantes a endossem. A universalidade aqui não precisa ser *estrita* ou *plena*, visto que se encontra num nível mais empírico e factual – esperar sempre a unanimidade nos resultados das decisões morais ou

---

<sup>266</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.3.

éticas seria absurdo – a universalidade aqui pode ser *restringida* ou *parcial* (pode ser a expressão da maioria em determinado contexto, por exemplo). Contudo, essa universalidade deve responder as demandas que as pessoas comuns pedem que sejam realizadas e reconhecidas. Não se produz uma teoria assim no vácuo. Essa moral surge da intersubjetividade que torna possível a moralidade ser comumente partilhada. Refletindo os interesses de um método imparcial e universal. Essa seria a visão mais realista – no sentido de sua forma pragmática – levando em consideração a aplicação da teoria na prática.

Assim, essa caracterização feita por Beauchamp e Childress da moralidade comum acima, relacionada a posição e a enumeração das regras de ação, não tem nenhuma conotação de prioridade. Contudo, prestando-se mais atenção, é possível notar a importância que nessa lista tem os princípios em sua forma negativa. Desta maneira, nossa moralidade comum, caso se pare e se reflita de maneira simples e honesta, universal e imparcialmente, o princípio da não-maleficência aparecerá como tendo uma prioridade temporal frente aos outros princípios elencados pela sua universalidade e imparcialidade. O histórico lema ou máxima hipocrática, *Primum non nocere*, não por acaso, foi colocado como um dos axiomas da medicina, o qual reflete uma moral ampla, humana. E isso não acontece à toa, pois caso se reflita e se repense o porquê isso ocorreu, irá se notar e conceder que a própria medicina, sendo uma das ciências mais antigas, ao lado da filosofia, matemática e física, sendo que a medicina sempre teve como principal objeto de seu estudo o ser humano, tornando-se assim a mais humana de todas as ciências humanas, não poderia ser diferente que essa ciência tenha colocado o princípio da não-maleficência como seu principal objetivo. Assim, é natural que esse princípio moral tenha se transformado em uma prioridade. O princípio da não-maleficência, caso se leve isso em consideração num plano moral ordinário notar-se-ia que em primeiro lugar, ou antes de tudo, busca-se sempre não causar o mal. Nos casos bioético envolvendo casos biomédicos, não há como não conceder certa prioridade ao princípio da não-maleficência. Em suma, poder-se-ia inferir com o Seu Chico, figura singular de Florianópolis que “se não puder fazer o bem, o mal não se faz pra ninguém.”

A prioridade que se defende seria então cronológica e não parece haver elementos para defender uma prioridade lógica, baseada em cálculos proposicionais ou pela análise das preposições ou mesmo por uma lógica polivalente de mundo possíveis. A prioridade ocorreria pelo fato de que nos casos biomédicos não há como iniciar uma deliberação e discussão com o paciente se não se observar

primeiramente e antes de tudo a não-maleficência.

### 3.4 MEDICINA, TECNOLOGIA E VIDA DANIFICADA

Para terminar, uma última análise sobre a iatrogenia. A partir do momento em que a medicina se torna tecnológica, na realidade hoje é super-tecnológica, mais e mais problemas parecem surgir em seu interior do que soluções. No instante em que o diagnóstico começou a ser feito, mais por máquinas com o auxílio da tecnologia, como por exemplo, nas máquinas de raios-x, encefalograma, ressonância magnética, etc., o profissional de saúde ficou em segundo plano. Em vez de ser analisado por profissionais interessados e preocupados nos problemas de seu paciente e de entender as causas da doença, as máquinas acabaram se tornando os principais agentes de saúde. Agora a máquina, o equipamento, torna-se o bastião no diagnóstico de doenças. Existe atualmente todo um movimento pela (re)humanização dos atendimentos. Não se quer aqui fazer o papel cínico de dizer como os médicos devem agir, pois numa sociedade de massa, com um sistema de saúde que em alguns casos beira ao abandono, fica no mínimo difícil comentar uma situação dessas. O ambiente de trabalho e a forma de relacionamento médico/paciente no Brasil hoje são assuntos complexos, mas no geral, não se pode deixar de comentar que no mínimo isso deve ser melhorado.

Assim, o valor da medicina como uma ciência humana solidária, perdeu parte de seu valor e se transformou em mais uma forma de ganhar a vida, de ter uma profissão estável e de adquirir um “elevado *status* social”. Muitos médicos reclamam que atualmente não há mais espaço para a investigação dos casos particulares, para se fazer a medicina baseada em evidências e investigativa, necessitaria de melhores condições. Na realidade hospitalar brasileira, existem muitos pacientes e poucos médicos. Além disso, a prática médica se vê invadida por todos os lados por equipamentos tecnológicos, por tratamentos com o uso de medicamentos altamente sofisticados além da burocracia para se fazer a diagnose de seu pacientes.

Para ilustrar isso, há casos em que o médico amputou a perna errada de seu paciente, enfermeiros ministraram remédios errados ao paciente, causando consequências iatrogênicas.<sup>267</sup> Esses erros foram

---

<sup>267</sup> SHARPE, Virginia Ashby; FADEN, Alan I. **Medical Harm**: historical, conceptual, and ethical dimensions of iatrogenic illness. New York: Cambridge



gerados, por confusões nos prontuários dos pacientes, em leituras equivocadas dos mesmos prontuários, ocasionadas pela pressa dos profissionais da saúde em atender todos os pacientes. Isso mostra, ainda que de maneira superficial, os problemas relacionados com a iatrogenia.

Segundo alguns médicos, a nova geração que começa a surgir em nossos hospitais perdeu o senso de diagnóstico, este dado pelos sintomas clássicos de certas doenças. Atualmente, o que estes novos médicos pedem, são exames mais minuciosos e técnicos, fornecidos somente pela alta tecnologia, acessíveis unicamente com a utilização de equipamentos sofisticados. Porém, isso é derivado de nossa crença de que quanto mais tecnológico o meio ou a coisa, mais seguro e eficaz é o tratamento e o diagnóstico. Não é possível deixar de perceber, em casos como estes, a trama econômica que gira em torno de sua especialização e tecnicização. Desde o século XIX, quando os médicos organizaram-se em grupos e conselhos, começa uma defesa forte de seus pares em caso de denúncias de erros médicos. Também se inicia aí, um *modus operandi* padronizado em suas consultas, formando um padrão de atendimento aos seus clientes/pacientes.

Mas é também somente nesse período, que os pacientes começam a adquirir certa autonomia de seus próprios corpos. Não há só pontos negativos dessa agremiação médica, pois no momento em que os médicos firmam uma classe de trabalhadores, os pacientes também podem desse momento em diante, reclamar do mal que estes podem lhe causar. Isso deriva do fato de que, do instante em diante, em que se firmam contratos, que podem ou não ser aceitos por ambas as partes, geram consequentemente, cobranças de possíveis danos cometidos por ambas as partes. Essa é uma das boas novas, que o modelo moderno carrega consigo, qual seja, a de encarregar e deixar as pessoas autonomamente escolherem suas decisões e consequências.

Sendo assim, este capítulo, se ateve ao intuito de levantar apenas alguns modos de se compreender a iatrogenia e ver de que forma ela se liga ao princípio da não-maleficência. O objetivo era o de se verificar vários níveis e formas do dano médico e de como a nova medicina pode aumentar a sua incidência em vez de diminuí-la. Assim, como uma primeira aproximação e consideração que se pode tirar disso é que a análise filosófica pura não pode resolver os problemas referentes à iatrogenia e isso por diversas e diferentes razões, que vão desde uma querela metodológica, até o ponto de vista adotado para se abordar este problema. Mas até aqui, poder-se-ia apontar um tipo: uma delas bem

poderia residir em que, como alguns suspeitam, a ciência médica como a filosofia, não são a solução dos nossos problemas sociais e individuais justamente porque fazem parte deles.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa dissertação teve como foco principal de sua discussão o princípio da não-maleficência e de como esse princípio foi sendo reapropriado tanto pela história da bioética quanto pela teoria de Beauchamp e Childress. Dessa forma, se retornou até a Grécia Antiga e verificou-se como Hipócrates formulou esse princípio, que ficou conhecido como *Primum non nocere*. Sendo assim, a discussão tinha o objetivo de questionar e verificar a independência da não-maleficência e o mais importante, defender a prioridade desse princípio frente a outros utilizando a moralidade comum como um suporte para essa hipótese.

Buscando compreender o princípio da não-maleficência, foi necessário refazer essa história. Essa busca pela contextualização do princípio, acabou levando a necessidade de querer entender como esse princípio foi sendo adaptado na curta história da bioética. Assim, foi necessário analisar as origens do próprio principialismo e verificar de quais fontes ele retirou o seu conteúdo. Inevitavelmente foi necessário, agindo dessa forma histórico-genealógica, a remontar a história da própria bioética. Disso, resultou a necessidade de se analisar o próprio Relatório Belmont. Desta maneira, buscou-se verificar o por que foi constituído o de como foi entendido e como se chegou aos três princípios pressupostos nesse relatório. Assim, seus três princípios, respeito pelas pessoas, beneficência e justiça foram analisados e se fizeram algumas análises sobre a sua compreensão. Nesse caso, analisou-se o papel do conceito de pessoa e verificou-se os desdobramentos sobre isso. Também foi discutida a autonomia relacionada ao princípio do respeito pelas pessoas. Nos princípios da beneficência e justiça, relacionados ao Relatório Belmont, foi possível fazer uma análise filosófica buscando mostrar qual relação eles tinham com a não-maleficência. Contudo, se analisou o que cada um dos princípios continha de particular e de seus desdobramentos para a bioética.

Disso tudo, tornou-se necessário buscar compreender as bases do próprio principialismo. Isso foi feito no segundo capítulo. Neste capítulo foram discutidos de maneira mais intensa a própria natureza teórica do principialismo. Buscou-se analisar as fundamentações e os autores que deram conteúdo a teoria principialista. Assim, comentou-se sobre Kant, Mill, Ross e de como esses autores contribuíram para a formulação do principialismo. Foi possível discutir também nesse capítulo, o alcance e os limites da teoria criada por Beauchamp e Childress. Feitas essas considerações, passou-se a analisar cada um dos

princípios pressupostos pelo principialismo: respeito à autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. Apesar do foco da dissertação não se relacionar os princípios do respeito à autonomia e da justiça, os mesmos foram trabalhados para dar uma visão mais completa da teoria, apesar de que as análises sobre esses princípios tenham sido superficiais. Portanto, os princípios da não-maleficência e beneficência, que eram os objetivos de análise dessa dissertação, foram discutidos de modo mais extensivo. Dessa forma, quando se trabalharam esses dois princípios, tentou-se apresentar de modo sintético cada um dos pontos que estes princípios se relacionam. Assim, verificaram-se quais são os problemas que esses dois princípios buscam resolver, ou seja, qual seriam as suas especificidades e sob que casos se utilizam esses princípios, além de analisar de que modo são aplicados dentro da bioética principialista.

Assim, surge a hipótese do trabalho a ser verificada. Isso ficou para o terceiro capítulo. O objetivo principal, que era defender a hipótese da prioridade da não-maleficência frente a outros princípios, perpassou o trabalho desde o seu início. Contudo, uma ideia que sempre esteve presente, mas que nem sempre era explícita, era a teoria da moralidade comum. Nessa dissertação, a moralidade comum desempenhou o papel de intermediária entre a ética abstrata, filosófica, complexa com a moralidade comum, prática, pragmática. Essa ideia da moralidade comum, da qual todos partilham de modo implícito certos valores, cumpriu a função de ligar e dar coesão ao sentimento de pertença a uma mesma comunidade. Infere-se daí que sem a moralidade comum, a possibilidade de qualquer bioética ficaria inviabilizada ou no mínimo, muito enfraquecida.

A moralidade comum não é isenta de problemas como foi possível observar. No entanto, possibilita construir um modelo que possa dar conteúdo à maioria das éticas existentes, pois seus valores perpassam por todas éticas existentes. Não aceitar isso é não perceber que a humanidade partilha de um mesmo senso de moralidade ou correção de suas ações é não aceitar que existe um sentimento humanitário, a reciprocidade. Assim, essa moralidade comum deve ser compreendida e fundamentada de modo universal. E aqui entra uma parte complexa, porém necessária para se compreender a moralidade comum: a sua justificação. A justificabilidade dessa moral comum ocorre por sua universalidade. A tese para defender a moralidade comum e sua justificabilidade se baseia então no ideal de que essa universalidade não precisaria ser *estrita* ou *plena*, visto que sempre se encontra em um nível empírico e factual, e esperar unanimidade nos resultados das decisões morais ou éticas seriam absurdas nesses casos

factuais. Assim, a universalidade poderia ser *restringida* ou *parcial* (seria a expressão da maioria em determinado contexto).<sup>268</sup> Contudo, essa universalidade deve sempre responder as demandas das pessoas que pedem para que sejam reconhecidas como princípios morais, levando sempre em conta a imparcialidade e universalidade dividida intersubjetivamente por todos os concernidos. Dessa forma, a moralidade comum não seria ahistórica, relativista ou incapaz de fornecer uma razão satisfatória para a sua aplicação. Essa moral surgiria de nossa capacidade humana de sermos intersubjetivos, o que tornaria possível a moralidade ser compartilhada por todos. Assim, sempre devem ser levados em conta os critérios da imparcialidade e da universalidade na formulação, proporcionando assim, um acordo sobre seus princípios morais. Esses princípios que são pressupostos pela moralidade comum, não parecem que seriam intersubjetivamente negados. Nenhum ser humano saudável em seu juízo, usando sua racionalidade, tendo unicamente como seu atributo ser um juiz imparcial e que construa regras de modo universal negaria os princípios pressupostos pela moralidade comum. Agindo dessa forma parece que ele chegaria a mesma lista da moralidade comum e isso parece tornar justificada a moralidade comum.

Tendo essa ideia da moralidade comum como pano de fundo, o terceiro capítulo buscou descrever e provar a importância de se pressupor a independência e a prioridade do princípio da não-maleficência perante o da beneficência. Ali, utilizou-se de um recurso ao caso da iatrogenia para tentar mostrar essa ideia. Em relação a discussão

---

<sup>268</sup> Poder-se-ia dizer que a moralidade comum seria uma ética transversal, pois aceita valores relativistas, no sentido de ter uma pluralidade de princípios mas que permanecem os mesmo independente do tempo ou da cultura. “Uma diferença primária é que a moralidade comum é encontrada em todas as culturas, enquanto que as moralidades particulares são encontradas somente em uma ou algumas culturas, formando um subconjunto de todas as culturas. Segundo, aceitamos o pluralismo moral (alguns poderiam dizer relativismo) em moralidades particulares, mas nós rejeitamos um pluralismo moral histórico (ou relativista) na moralidade comum. A moralidade comum não é relativa a culturas ou indivíduos, porque transcende ambas. Terceiro, a moralidade comum abarca crenças morais (toda moralidade considera crenças morais), não padrões *a priori* de crenças morais. Quarto, explicações da moralidade comum são produtos históricos, e toda *teoria* da moralidade comum tem um desenvolvimento histórico dado pelos autores da teoria.” BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009, p.3-4.

da independência do princípio da não-maleficência, utilizou-se a teoria principialista para fornecer e explicar essa diferenciação, que ao fim e ao cabo, mostrou que a separação dos princípios da beneficência e não-maleficência se faz necessária. Pois, tomá-los numa mesma acepção traz mais confusão do que esclarecimentos, justamente por confundir algo de que sou obrigado primeiramente a observar e obrigações que posso desempenhar por um sentimento de bondade. Proporcionar um bem-estar é totalmente diferente de impedir que se causem danos. Pois, não separando os princípios, agir-se-ia muitas vezes de modo ambíguo ou mesmo confuso. Quando se age de modo a não causar um dano ao paciente ou a qualquer pessoa, está se agindo de modo a *protegê-lo* do dano. O princípio da beneficência, por outro lado é um princípio *preventivo* e caritativo. Tanto é assim que, “não causar dano” se torna um princípio de ordem dos deveres negativos que busca *proteger* os indivíduos de danos, é uma obrigação perfeita, que deve ser feita ao preço de se cometer uma injustiça ou uma ação imoral. Dessa forma, esse princípio nos proíbe de fazer certas ações. No entanto, beneficiar nos pede ou exige para que se aja em benefício do outro.

Em relação a prioridade do princípio da não-maleficência, se tentou defendê-lo pelo viés da moralidade comum. Pois, parece existir a primazia pela própria natureza de nossa moralidade comum desse princípio sobre os demais. Não querer causar o dano seria o princípio primeiro em qualquer análise ética, bioética ou moral. A sua prioridade se apresenta pelo fato de que esse princípio contém dentro de sua formulação o próprio sentido do que significa ser ético. Não causar dano intencionalmente é prioritário, pois caso não se observe esse princípio antes dos outros, isso nos levaria a não saber o que fazer. A não-maleficência tem um critério definido do que não se deve fazer, ou pelo menos e que deve-se evitar, que é não causar um dano intencionalmente. Assim, o modo como a própria moralidade comum se expressa, parece garantir a sua veracidade e correção. Essa moralidade comum, não pode estar tão equivocada ao ponto de não ter nenhuma relação com a filosofia. Ou talvez, a própria filosofia necessite agora ter a modéstia de retornar ao chão comum dessa moralidade. A maior parte da história da filosofia moral foi um afastamento das nossas impressões comuns, de nossos sentimentos morais comuns. Kant é um exemplo desse movimento que sai da moral comum e caminha na direção de uma moral metafísica e abstrata. Tanto que em seu livro *Fundamentação da Metafísica dos Costumes* inicia pela “transição do conhecimento moral da razão vulgar para o conhecimento filosófico.” Na sua versão comum, essa moral pensada como expressão de valores mínimos, e isso se

defende aqui, não são derivadas nem da teoria kantiana ou milliana, pois não possuem todos os refinamentos teóricos e técnicos filosóficos para tal. Assim, pode-se agora novamente, fazer o movimento contrário, que toda a filosofia sempre fez, e voltar ao chão comum da moralidade. Talvez, agora se deva voltar a ver que esses princípios que são compartilhados por todos, sejam talvez os mais simples, mas também os mais humanos de todos os princípios morais. Quem sabe, possamos agora tornar o progresso moral uma realidade. Buscando é claro, primeiramente, não causar dano intencionalmente aos outros.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, Giorgio. **O que resta de Auschwitz**: o arquivo e a testemunha (Homo sacer III). São Paulo: Boitempo, 2008.

ALVIS, Nelson; VALENZUELA, María Teresa. Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. **Revista médica de Chile**, Santiago, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010001000005&lang=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001000005&lang=pt)> Acessado em 27 de Dezembro de 2013.

AZEVEDO, Marcos Antonio de Oliveira. **Bioética fundamental**. Porto Alegre: Tomo editorial, 2002.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6 ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2009.

\_\_\_\_\_. **Princípios de ética biomédica**. 4 ed. São Paulo: Loyola, 2002.

**Belmont Report**: ethical principles and guidelines for research involving human subjects. Washington: DHEW Publications, 1978. Disponível em: <[http://videocast.nih.gov/pdf/ohrp\\_belmont\\_report.pdf](http://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_belmont_report.pdf)>. Acessado em Outubro de 2013.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. Brasília: Editora UNB, 1991. Vol. 2.

BIOÉTICA. Disponível em: <<http://www.ghente.org/bioetica>> Acessado em 17 de outubro de 2012.

BRASIL: Ministério da saúde. **Resolução 196/96**. Conselho nacional de saúde. Comissão nacional de ética em pesquisa. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23\\_out\\_versao\\_final\\_196\\_ENCEP2012.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf)> Acessado em Outubro de 2013.

CAPONI, Sandra. A biopolítica da população e a experimentação com seres humanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, 2004, p. 445-455. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000200020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200020)> Acessado em 01 de agosto de 2010.

**Caso Tuskegee**. Disponível em:

<<http://select.nytimes.com/gst/abstract.html?res=F40616F6345A137B93C4AB178CD85F468785F9>> Acessado em 15 de Abril de 2013.

CLOTET, Joaquim. **Bioética**: uma aproximação. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

CLOUSER, K. Danner; GERT, Bernard. A critique of principlism. In: **Journal of Medicine and Philosophy**, vol.15, n.2, 1990.

CORTINA, Adela; MARTÍNEZ NAVARRO, Emilio. **Ética**. São Paulo: Editora Loyola, 2010.

COSTA, António. **Notas sobre a teoria coerentista da verdade**.

Disponível em: <[http://criticanarede.com/fil\\_teoriacoerentista.html](http://criticanarede.com/fil_teoriacoerentista.html)>  
Acessado em 20 Novembro de 2013.

COSTA, Sérgio. O desafio da ética em pesquisa e da bioética. In: DINIZ, Débora; SUGAI, Andréa; GUILHEM, Dirce; SQUINCA, Flávia. (org.) **Ética em pesquisa**: temas globais. Brasília: LetrasLivres; Editora UnB, 2008.

COUTINHO, Vitor. Bioética comum em contextos pluralistas. In: J. ASCENÇÃO (coord.) **Estudos de direito da bioética**, vol. IV, Almedina, Coimbra, p.331-363, 2012. Disponível In: <[https://www.academia.edu/1233810/Bioetica\\_comum\\_em\\_contextos\\_pluralistas](https://www.academia.edu/1233810/Bioetica_comum_em_contextos_pluralistas)> Acessado em 07 de fevereiro de 2012.

DALL'AGNOL, Darlei. **Bioética**: princípios morais e aplicações. Rio de Janeiro: editora DP&A, 2004.

\_\_\_\_\_. **Bioética**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005. (Coleção Passo-a-Passo, n°55).

\_\_\_\_\_. Equilíbrio reflexivo na bioética. **Dissertatio**, Pelotas, n.34, p.135-159, 2011. Disponível em:  
<<http://www.ufpel.edu.br/isp/dissertatio/revistas/34/06.pdf>> Acessado em 17 de março de 2013.

\_\_\_\_\_. **Deixar morrer e matar**: análise conceitual e diferença moral. Florianópolis, 2009. [S. l. : s. n.].

DANIELS, Norman. **Just Health Care**. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

DARWALL, Stephen & GIBBARD, Allan & RAILTON, Peter. **Metaética**: algumas tendências. Florianópolis: Editora UFSC, 2013.

DINIZ, Débora, et aliae. **Ética em pesquisa**: temas globais. Brasília: LetrasLivres; Editora UnB, 2008.

DRUMMOND, José Paulo. Bioética, dor e sofrimento. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 63, n. 2, Apr. 2011. Disponível em:  
<[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252011000200011&lng=en&nrm=iso](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252011000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 17 de outubro de 2013.

ENGELHARDT, H. Tristram. **Fundamentos da bioética**. 2. ed. São Paulo: Editora Loyola, 1998.

FEINBERG, Joel. **Filosofia social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

FELIPE, Sônia T. **Ética e experimentação animal**: fundamentos abolicionistas. Florianópolis: Editora da UFSC, 2007.

FRANKENA, William K. **Ética**. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

FRANKFURT, Harry. Equality as a Moral Ideal. **Ethics**. Vol. 98, n.1, Oct., p.21-43, 1987.

FORST, Rainer. **Contextos da justiça**: filosofia política para além de liberalismo e comunitarismo. São Paulo: ed. Boitempo, 2010.

GARRAFA, Volnei. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Revista Bioética**. Brasília, v.13, n.1, set. 2005. Disponível em:<[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/97/102](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/97/102)> Acessado em 29 de janeiro de 2014.

GONDIM, Elnôra; RODRIGUES, Osvaldino Marra. John Rawls e a justiça como equidade: algumas considerações. **Diversa**. Ano I, n.2, p. 131-146, jul./dez. 2008.

GRACIA, Diego. **Primum non nocere**: El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica. Discurso de ingreso del autor en la Academia Nacional de Medicina. Madrid: Anzós, 1990.

HOUAISS, Antonio. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa**. Versão 1.0: Objetiva, 2001.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde**: Nemesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JONSEN, Albert, R. **The birth of bioethics**. New York: Oxford University Press, 1998.

\_\_\_\_\_. Do no harm: axiom of medical ethics. In: ENGELHARDT, Tristram; SPICKER, Stuart F. **Philosophical medical ethics: its nature and significance**. Dordrecht-Holland/Boston-U.S.A: D. Reidel Publishing Company, 1977. p.27-41.

\_\_\_\_\_. On the origins and future of the Belmont Report. In: CHILDRESS, James F. et al. (eds.) **Belmont Revisited**: ethical principles for research with human subjects. Washington DC: Georgetown University Press, 2005.

KANT, Immanuel. **Crítica da razão prática**. 2 ed. São Paulo, Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1974.

\_\_\_\_\_. **A metafísica dos costumes**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005.

KIPPER, Délio José; CLOTET, Joaquim. Princípios da Beneficência e Não-maleficência. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

MARTINS, Isabel O. P. Pinheiro de Matos. **A operacionalização dos princípios da bioética no principialismo de Beauchamp e Childress**. [s.l.]. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa. 2013. Disponível em: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/10612/1/A33634%20IsabelMatosMartins%20Disserta%C3%A7%C3%A3oMestrado%20Vf.pdf> >. Acessado em 10 de Novembro 2013.

MILL, John Stuart. **A liberdade**. São Paulo: ed. Martins Fontes, 2000.

\_\_\_\_\_. **Utilitarismo**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MORA, José Ferrater. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Edições Loyola, 2000. (Tomo I).

\_\_\_\_\_. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Edições Loyola, 2001. (Tomo II).

NUNES, Lauren de Lacerda; TRINDADE, Gabriel Garmendia. Princípios de ética biomédica: a abordagem principialista de Beauchamp e Childress e a resolução de conflitos morais. **Cognitio-estudos**: Revista Eletrônica de Filosofia, São Paulo: CEP/PUC-SP, vol. 10, n°. 1, Jan-Jun, p.55-66, 2013.

NUSSBAUM, Martha C. **Fronteirs of justice**: disability, nationality, species membership. The Belknap Press, Harvard, 2006.

\_\_\_\_\_. Genética e Justiça: tratando a doença, respeitando a diferença. **Impulso**, Piracicaba, v.15, n.36, p.25-34, jan./abr, 2004.

O'NEILL, Onora. **Em direção à justiça e à virtude**: uma exposição construtiva do raciocínio prático. São Leopoldo: ed. Unisinos, 2006.

\_\_\_\_\_. **Autonomy and trust in bioethics**. Cambridge: ed. Cambridge University Press, 2002.

\_\_\_\_\_. La ética kantiana. In: SINGER, Peter. **Compendio de ética**. Madrid: ed. Alianza editorial, 1995.

PENALVA, Luciana Dadalto. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. **Revista bioética**. Brasília, CFM: v.17 n.3, p.523-543, 2009.

Disponível em:

<[http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/articloe/viewFile/515/516](http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/articloe/viewFile/515/516)> Acessado em 20 de Janeiro de 2014.

PENNA, Moira, DUARTE, Ivolethe, COHEN, Claudio, OLIVEIRA, Reinaldo. Concepções sobre o princípio da não maleficência e suas relações com a prudência. **Revista Bioética**, Brasília, v.20, n.1, maio. 2012. Disponível em:

<[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/717](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/717)>. Acessado em 13 de Fevereiro de 2014.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **Justiça como equidade**: uma reformulação. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ROSENBAUM, Paulo. **Hipócrates (460 a.e.c. - 370 a.e.c)**: Medicina que convém a cada um. In: Brasiliana: Cidade universitária: São Paulo, USP. Disponível em: <<http://www.brasiliana.usp.br/pt-br/node/1103>> Acessado em 03 de Fevereiro de 2014.

ROSS, William David. **The right and the good**. Oxford: Oxford University Press, 1930 [reprint 1988].

SCHNEEWIND, Jerome B. **A invenção da autonomia**. São Leopoldo: ed. Unisinos, 2005.

SCHRAMM, Fermin Roland. A autonomia difícil. **Revista bioética** (Impresso), Brasília, CFM: v. 6, n.1, p.27-37, 1998.

SCHRAMM, Fermin Roland; PALACIOS, Marisa; REGO, Sergio. O modelo bioético principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, Abril, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 18 de Janeiro de 2014.

SEN, Amartya. **A ideia de justiça**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SERRÃO, Daniel. **Autonomia**: um difícil conceito. Disponível em: <<http://www.ihmt.unl.pt/docs/Autonomia-Um-Dificil-conceito.pdf>>. Acessado em 16 de outubro de 2013.

SHARPE, Virginia Ashby; FADEN, Alan I. **Medical harm**: historical, conceptual, and ethical dimensions of iatrogenic illness. New York: Cambridge University Press, 2001.

SINGER, Peter. **Ética prática**. 3ª Ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2006.

\_\_\_\_\_. Peter. **Repensar la vida y la muerte**: el derrumbe de nuestra ética tradicional. Barcelona: Paidós, 1997.

SUPERBACTÉRIAS. O problema mundial da resistência a antibióticos. **CIÊNCIA HOJE**. São Paulo: SBPC, 1982-. Mensal. ISSN 0101-8515. Disponível em: <<http://cienciahoje.uol.com.br/revista-ch/2011/287/o-problema-da-resistencia-a-antibioticos>> Acessado em 05 de Fevereiro de 2014.

TAVARES, Felipe de Medeiros. Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. **Revista brasileira de educação médica**. Rio de Janeiro. n.31, vol.2, p.180-185, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/09.pdf>>. Acessado em 12 de Outubro de 2013.

TURNER, Leigh. Zones of Consensus and Zones of Conflict: Questioning the "Common Morality" Presumption in Bioethics. **Kennedy Institute of Ethics Journal**. v.13, n.3, p.193-218, 2003.

VEATCH, Robert M. Principles and their alternatives: controversies in theories of Medical Ethics. In: CLOTET, Joaquim. **Sobre bioética e Robert M. Veatch**. Porto Alegre: EDIPURS, 2001.

WILLIAMS, Bernard. **Moral**: uma introdução a ética. São Paulo: Martins Fontes, 2005.